

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

N° 5223 K

THÈSE

183

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Jacques FOURNEL

né le 27 novembre 1939 à Saint-Etienne

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

1968

L'HOPITAL RURAL

Président : Professeur G. BLANCHER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

N° 5223 K

T H È S E

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Jacques FOURNEL

né le 27 novembre 1939 à Saint-Etienne

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

1968

L'HOPITAL RURAL

Président : Professeur G. BLANCHER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 5253 K

ANNÉE 1968

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(BRIEF DÉTAIL)

PAR

Digitized by the Internet Archive
in 2026

né le 27 novembre 1935 à Saint-Etienne

1968

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE



L'HÔPITAL RURAL

Président : Professeur G. BLANCHER

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), BINET (L.),
Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.),
Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de),
Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.),
Lavie (G.), Lelong (M.), Lévy (Melle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.),
Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.),
Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.),
Renard (G.), Sénèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET
1er ASSESSEUR Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES.

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
-	POLONOVSKI (J.)
-	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
6	DOGNON (A.)
-	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
"	COUJARD (R.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et Déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)

Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie chirurgicale	KUSS (R.)
-	VERNE (J.M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
-	BRICAIRE (H.)
-	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et Pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale...	N....
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.(Cl.)
-	BOURLIERE (F.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES.

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)...	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
" " (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
"	BAUMANN (J.)
Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
St-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin).....	MERLE d'AUBIGNE (R.)
" " (Foch)	PADOVANI (P.)
" " (Beaujon).....	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (St-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)..	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants(Enfants- malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses(Cl. Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais).....	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)

	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais.....	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu.....	BARIETY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine.....	CONTE (M.)
	Saint-Antoine.....	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine.....	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants- Malades)...		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANCON(L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker).....		HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
	Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal).....		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G.)
- - - (Cochin).....		BREGEAT(P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)		MOZZICONACCI(P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)..		THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec).....		BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).....		COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)		SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (E. Poincaré)		JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
- - - (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)		DOMART (A.)
- - - (Lariboisière).....		BOUVRAIN (Y.)
- - - (Pitié)		RAMBERT (P.)
- - - (Rothschild)		WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais).....		POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

MM.

Hématologie	ANDRE (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
Médecine	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MAURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

MM.

Anatomie pathologique.	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
	CARTIER (P.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biochimie médicale ..	GONNARD (P.)		COURSAGET (J.)
	NORDMANN (J.)	Physique médicale	GREMY (F.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)		
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
		Stomatologie	CHAPUT (Mm.A.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)		

III. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV. - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie MORICARD (R.)
Statistique médicale et
épidémiologique SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.) LAURENT (H.) LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.); Melles DUROZOY (M.-F.) ROBERGE (D.) Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront
présentées, doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur G. BLANCHER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

qui nous a constamment guidé et orienté
au cours de cette thèse, et qui nous a fait
le grand honneur d'en accepter la présidence.

qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de nos plus vifs remerciements.

Au Docteur P. ARSONNEAU

Président de l'Association de Médecine Rurale

dont l'expérience et les conseils
nous ont toujours été d'un précieux secours.

Qu'il soit très vivement remercié.

A Monsieur François LAARMAN

Architecte DPLG

Avec l'aide duquel nous avons abordé
les problèmes que pose la préfabrication
des bâtiments d'un Hôpital Rural.

Qu'il trouve ici l'expression de
nos sincères remerciements.

A tous ceux qui ont bien voulu nous apporter
leurs conseils et leur aide au cours de nos recherches.

En particulier :

- A Madame ALIZON

- A Mademoiselle JODIN

Secrétaire de l'Association de Médecine Rurale

- A Monsieur L' HOUR

Docteur en Droit

Directeur de l'Hôpital d'Arpajon

- Au Docteur MAUDUIT

Médecin de l'Hôpital Rural de Marchenoir

Qui nous ont très aimablement aidé de leurs conseils
et qui ont mis à notre disposition les
documents en leur possession.

Qu'ils en soient vivement remerciés.

Au Docteur Hugues PICOT

Chef de travaux du Laboratoire de Parasitologie
de la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a engagé dans la voie
de la médecine

Qu'il trouve ici l'expression
de notre constante amitié.

A tous ceux qui nous ont guidé et qui
nous ont apporté leur enseignement au
cours de nos études médicales et en particulier

Au Docteur G. DUCHESNE

Médecin de l'Hôpital International
de l'Université de Paris

Au Docteur R. RAISON

Médecin chef de l'Hôpital d'Arpajon

qui furent nos maîtres au cours de nos
dernières années d'études

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude.

A ma femme

A mes enfants

A mes parents

A mes beaux-parents

Avec toute mon affection

L' HOPITAL RURAL

Avant d'aborder les problèmes que pose l'Hôpital Rural il est important de définir le milieu bien particulier qu'il dessert : le monde rural.

Au cours de cette brève étude nous distinguerons les caractéristiques qui intéressent le domaine sanitaire au sein de sa population et les aspects particuliers que revêt l'exercice de la médecine rurale.

A - LE MONDE RURAL.

I - La démographie :

La population rurale est caractérisée avant tout par sa dispersion. 36 % des français sont des ruraux occupant 80 % du territoire. Les rassemblements de population sont le plus souvent de petite taille : 36 % des villages ont de 0 à 500 habitants, 32 % de 500 à 1.000, et 32 % de 1.000 à 2.000.

Cette dispersion est facteur d'éloignement, jamais très important, mais suffisant pour entraîner, parfois une simple gêne lorsqu'il s'agit d'occuper ses loisirs, mais souvent une pénible

contrainte lorsque les problèmes sont plus directement vitaux tels que ceux que pose la maladie.

L'habitat rural est par ailleurs, souvent d'un confort précaire, parfois insalubre, répondant rarement aux normes d'hygiène les plus élémentaires. De gros efforts sont faits depuis quelques années pour améliorer ces conditions, mais combien existe-t-il encore de ces fermes où les chambres n'ont pas de chauffage, où le sanitaire est réduit à sa plus simple expression, où l'eau courante est encore un luxe inaccessible.

Sans vouloir brosser un tableau particulièrement sordide et effrayant de ce mode de vie, il reste vrai que nombre de jeunes ruraux l'abandonnent et lui préfèrent l'exil urbain : c'est l'exode rural dont une des conséquences nous intéresse tout particulièrement : le Vieillissement de la population ; 20 % de la population rurale a plus de 65 ans, ce qui sous-entend une consommation médicale plus importante que dans les villes où seulement 12 à 15 % de la population a cet âge.

B - EXERCICE DE LA MEDECINE RURALE.

1 - La faible densité médicale.

Le médecin rural va se heurter de son côté à certaines difficultés. Alors qu'en médecine urbaine la densité médicale d'un médecin pour 1.000 habitants est à peine satisfaisante, que doit-on penser de la densité médicale rurale où un médecin pour 2.000 à 3.000 habitants n'est pas rare ? Cela représente souvent la population de plusieurs villages. Le médecin se retrouve seul avec une clientèle dispersée sur plusieurs kilomètres à la ronde. Il aura à résoudre le double problème de la distance et de l'isolement.

Suivre un malade éloigné, atteint d'une affection aiguë, nécessite des déplacements fréquents, qu'il est souvent bien difficile d'ajouter à un emploi du temps déjà surchargé. Le malade risquera de ne pas pouvoir être suivi aussi rigoureusement qu'il serait nécessaire car, en dépit bien souvent d'un extrême dévouement, le médecin de campagne ne peut indéfiniment allonger ses journées de travail.

2 - L'isolement du médecin.

L'isolement posera également au médecin de délicats problèmes dans l'exercice de sa profession. Seul il devra répondre chaque nuit aux appels qui seront faits. Seul le dimanche il ressentira l'obligation morale de rester à la disposition de ses clients qui ne comprendraient pas son absence en cas d'urgence. Enfin, seul il sera encore pour administrer les soins prescrits, la pénurie des auxiliaires médicaux et des infirmières en particulier étant encore plus grande que celle des médecins. Rares sont en effet les médecins de campagne qui peuvent compter sur les services d'une infirmière résidant à proximité et pouvant les soulager dans l'administration de petits soins à leurs malades.

Cet isolement est d'autant plus grave qu'il atteint le domaine du perfectionnement professionnel du praticien. A l'écart de ses confrères ses possibilités de dialogue sur les problèmes que lui pose l'exercice quotidien de son métier sont des plus réduites. Son éloignement rend plus difficile la recherche d'un avis spécialisé pour un malade plus difficile. Son emploi du temps surchargé l'empêche de se tenir au courant, de suivre un enseignement post-universitaire, voire simplement de lire régulièrement quelques revues médicales, ce qui devrait cependant faire partie intégrante du travail d'un praticien.

C - LES SOLUTIONS PROPOSEES.

I - Pour le malade.

Il est bien évident que de telles conditions de vie et d'exercice ne sont absolument pas dans la ligne d'évolution du monde moderne et de la médecine en particulier. Celle-ci devient de plus en plus technique et nécessite un outillage qui ne peut guère être apporté qu'à l'échelon de l'hôpital, d'où le développement croissant de l'hospitalisation.

Quel moyen a-t-on de rendre cette hospitalisation plus accessible et surtout mieux acceptée par le rural ? Nous pensons que la meilleure solution est de rapprocher l'hôpital de son domicile. C'est-à-dire d'installer une petite unité de soins dans le village même ou dans un village voisin. Le malade qui y sera hospitalisé sera beaucoup moins dépaycé que dans les centres hospitaliers urbains. Souvent il connaîtra les lieux pour avoir déjà eu l'occasion de rendre visite à un parent ou à un ami. Les visites que pourront lui rendre ses proches seront plus aisées donc plus fréquentes, rendant l'hospitalisation moins pénible. Il aura de grandes chances de connaître plusieurs des personnes hospitalisées en même temps que lui. Tout au moins il aura des rapports humains faciles avec les autres malades venant d'une même localité ou d'une localité voisine dont les conditions et le cadre de vie seront les mêmes. L'atmosphère qui règnera aura perdu cette froideur du grand centre hospitalier. Le malade se sentira plus à l'aise dans "son hôpital", donc il acceptera plus volontiers d'y aller lorsque son médecin le lui conseillera.

2 - Pour le médecin.

Le médecin rural trouvera dans ce petit hôpital de village, dans lequel il pourra hospitaliser et suivre ses propres malades, une tranquillité d'esprit et un confort d'exercice qui amélioreront considérablement ses conditions de travail.

D'autre part ce travail hospitalier le mettra en contact fréquent avec ses confrères, développant peu à peu un sentiment d'équipe qui effacera petit à petit les vieilles rivalités génératrices de conditions de vie tyranniques. L'équipe médicale apportera des conditions de vie plus normales à ces praticiens isolés, en résolvant le problème des gardes à l'échelon des villages, tel qu'il est actuellement résolu à l'échelon des villes.

Enfin les équipes médicales pourront être l'occasion d'un dialogue s'instaurant entre les praticiens d'une même région sur leurs problèmes médicaux quotidiens, élargissant d'un même coup tant leurs connaissances que leur expérience.

3 - Naissance de l'Hôpital rural.

Il fallait donc développer ces hôpitaux de campagne ; les multiplier en nombre suffisant pour les mettre à la portée de nos habitants ruraux. La principale objection faite à ce projet était que les hôpitaux de village déjà existants semblaient plongés dans une profonde léthargie, associant à un manque d'équipement manifeste, un délabrement des plus affligeants, et souvent une médiocrité des soins, qui n'avait pour origine qu'un manque quasi total de personnel compétent, et le peu d'intérêt que leur portait fréquemment les médecins chefs de service. Il faut avouer que ces hôpitaux étaient victimes d'un règlement calqué sur celui des hôpitaux plus importants. Le chef de service était nommé au concours mais à ce stade il n'y avait de concours que le nom. Ses fonctions étaient rémunérées de manière forfaitaire et dérisoire et ne lui permettaient en aucun cas, tant légalement que moralement, de tirer avantage ou profit de sa nomination. Ajoutons à cela que l'état des locaux, la pauvreté de l'équipement et le manque de compétence du personnel l'empêchaient d'y réaliser une médecine convenable ; on comprendra qu'il se désintéressait quelque peu de son hôpital, lequel n'hébergeait

plus que quelques déshérités sociaux. Dans ces conditions, la direction de l'hôpital était bien incapable d'amortir les frais occasionnés par toute amélioration entreprise.

Le problème était donc complexe. Il fallait d'une part multiplier les hôpitaux de campagne et d'autre part transformer leur statut de manière à ramener à l'hôpital de village la clientèle qu'il aurait dû avoir, et qui, faute de mieux, était hospitalisée dans un centre voisin, public ou privé, ou traitée à domicile dans des conditions précaires et difficiles. Cette création préoccupa le Ministère de la Santé Publique et l'Association de Médecine Rurale depuis la fin de la dernière guerre et une heureuse compréhension des problèmes réciproques permit d'aboutir à l'Hôpital Rural tel que nous allons le définir dans les pages qui vont suivre.

Première Partie

L'HOPITAL RURAL TEL QU'IL FONCTIONNE A L'HEURE ACTUELLE

GENERALITES SUR L'HOPITAL RURAL

A - DEFINITION DE L'HOPITAL RURAL.

Créé par l'ordonnance du 11.12.58 dont le décret d'application ne parut que le 6.7.60, l'hôpital rural marque une étape importante dans l'évolution de la médecine hospitalière. Il institue en effet comme unique mode d'exercice médical, au sein d'un service de soins publics, le régime de la " clinique ouverte " où tous les médecins de la circonscription peuvent suivre et traiter eux-mêmes les malades qu'ils ont hospitalisés.

Les services de l'hôpital rural :

A l'inverse des anciens hôpitaux de village, les services que l'on peut y trouver sont limités aux services de médecine et de maternité ou seulement l'un des deux. Il peut, dans certains cas et sous certaines conditions, s'y adjoindre un service de grabataires et de convalescents. L'officine de pharmacie est obligatoire ainsi que dans tous les établissements publics. D'autre part, les services administratifs et économiques sont souvent communs avec ceux d'un hospice ou d'une maison de retraite.

Il faut bien noter que l'Hôpital Rural se limite absolument à ces services et qu'en aucun cas il ne peut avoir de service de chirurgie ou de spécialité. Lorsqu'un Hôpital de campagne veut prendre les statuts de l'Hôpital Rural il doit fermer son service de chirurgie s'il en possède un.

B - CLASSEMENT - LIMITES DE L'HOPITAL RURAL - RAPPORTS AVEC LES AUTRES HOPITAUX

D'après les articles 678 et 681 du code de la Santé Publique, les hôpitaux et hospices publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux et nationaux. Ils sont classés en Centres Hospitaliers Régionaux, Centres Hospitaliers, Hôpitaux et Hôpitaux ruraux d'une part Hospices et Maisons de retraite d'autre part. L'Hôpital Rural peut donc être considéré comme la plus petite unité de soins mise à la disposition de la population. C'est une unité autonome, mais son équipement médical et technique le rend incapable de subvenir à tous les besoins de la médecine moderne.

L'hôpital rural devra donc entretenir des rapports fréquents avec les hôpitaux et centres hospitaliers voisins. Un traitement complexe, un diagnostic difficile, un malade nécessitant des investigations nombreuses, onéreuses et spécialisées, tout cela n'est pas du domaine de l'Hôpital Rural. Il doit rester un lieu d'hébergement où le médecin rural soignera des affections que seules des conditions d'habitat, d'hygiène et de niveau social empêchent de traiter à domicile.

L'Hôpital Rural pourra également décharger le Centre Hospitalier voisin de certains convalescents ou de certains malades justifiant un traitement au long cours, sous surveillance médicale, et dont les modalités auront été préalablement définies.

En somme rien ne doit être changé à la pratique journalière et le médecin doit continuer à adresser au spécialiste tout ce qui demande

des possibilités et des compétences qu'il n'a pas. L'Hôpital Rural élargit sans les transformer les possibilités du médecin généraliste. Il se trouve placé, comme lui, aux deux extrémités du circuit que suit un malade hospitalisé ; à l'origine, par sa vocation de dépistage et de pathologie simple, à la fin, en recevant un certain nombre de chroniques ou de convalescents qui ne posent plus guère que des problèmes de surveillance et de nursing.

C - CREATION D'UN HOPITAL RURAL.

La création d'un Hôpital Rural peut s'effectuer ex nihilo. D'autre part il est possible de transformer les statuts d'une infirmerie d'hospice ou d'un Hôpital Communal en statuts d'Hôpital Rural.

1 - Création ex nihilo.

La création ex nihilo a pour origine l'initiative des communes, qui, sur proposition de leur maire et le plus souvent en accord avec le corps médical de la région, décident la création d'un Hôpital Rural. Cette création est régie par le décret du 11.12.58. Par l'intermédiaire du Directeur Départemental des Affaires Sociales et avec son accord, le projet de création sera déféré au Ministre des Affaires Sociales qui statuera, après en avoir référé aux différents ministères intéressés Intérieur, Finances, Affaires Economiques.

Le financement d'une telle opération est assuré par la commune, et peut bénéficier de prêts, et de subventions de l'Etat, de la Sécurité Sociale, et d'organismes tels que les mutuelles, complétés éventuellement par des capitaux privés.

2 - Transformation d'un Hôpital en Hôpital Rural.

La transformation d'un Hôpital Communal en Hôpital Rural est soumise à une réglementation voisine de celle dont il vient d'être

question. Cela revient à changer les statuts d'un Etablissement public existant. La décision est prise, comme dans le cas de la création, à l'échelon le plus haut, c'est-à-dire à l'échelon du Ministère des Affaires Sociales ; dans ce cas il ne s'agit plus d'un décret, mais d'un arrêté, qui peut être pris par le Ministre des Affaires Sociales sans en référer à d'autres ministères.

La filière administrative passe également par la Direction des Affaires Sociales dont les inspecteurs divisionnaires soumettent chaque année au ministre leurs propositions en vue d'une modification du classement des Etablissements Hospitaliers de leur circonscription. Selon le décret du 3 Août 1959, modifié par le décret du 23 Mai 1960, l'initiative de la proposition appartient à la Commission administrative de l'Hôpital qui en réfère au Directeur Départemental des Affaires Sociales ; après enquête sur l'opportunité du projet, celui-ci transmet la demande à l'Inspecteur Régional.

3 - Transformation d'un hospice en Hôpital Rural.

La transformation d'une infirmerie d'hospice en Hôpital Rural est soumise au même règlement. Il se pose en plus des problèmes d'aménagement et d'équipement, tous ces établissements devant répondre aux normes d'hygiène et de salubrité définies par le Code de la Santé Publique.

4 - Suppression d'un Hôpital Rural.

La suppression d'un Hôpital Rural ne peut avoir lieu que par décret pris en Conseil d'Etat. Toutefois, lorsqu'un hôpital a cessé de fonctionner pendant trois années, le préfet peut prendre la décision de le supprimer.

5 - La taille d'un Hôpital Rural.

Le nombre de lits de médecine et de maternité de chaque Hôpital Rural est fixé par le préfet sur proposition de l'Inspecteur Divisionnaire des Affaires Sociales.

L'article 9 du Décret du 3 Août 1959 précise la limitation de l'Hôpital Rural aux services de médecine et de maternité. Toute modification de cette règle, souhaitée par la Commission administrative, est soumise à l'approbation du préfet par l'intermédiaire de l'Inspecteur divisionnaire de la Santé Publique ; en particulier, lorsqu'on décide d'adjoindre à l'Hôpital Rural un service de convalescents ou de grabataires ou que l'association avec un hospice ou une maison de retraite est souhaitée.

D - CIRCONSCRIPTION.

La circonscription de chaque Etablissement hospitalier est déterminée par le Préfet sur avis du Directeur Départemental des Affaires Sociales. La circulaire d'application du 31 Juillet 1961 précise que, pour la détermination de ces circonscriptions, il y aura lieu de tenir compte, non seulement des zones d'attraction des malades, mais aussi des communes de résidence des médecins et sages-femmes soignant habituellement ces malades.

Dans le cas où une commune dans laquelle réside un médecin se trouve sensiblement à égale distance de deux Hôpitaux Ruraux, un chevauchement des circonscriptions pourra, si cela paraît justifié, être envisagé afin de permettre au médecin considéré de soigner ses malades habituels dans l'un ou l'autre desdits hôpitaux, selon la proximité du domicile du malade par rapport à l'un de ces établissements.

La circonscription, ainsi arrêtée, devra faire l'objet d'un affichage à l'établissement considéré.

Une enquête, effectuée en 1962 par le Docteur CUVIER auprès d'environ 400 hôpitaux ruraux existant alors et portant sur 104 réponses définissait un type d'Hôpital Rural moyen. Les résultats de cette enquête sont encore valables aujourd'hui sans une grande marge d'erreur. Nous les livrons ici pour présenter une image plus concrète de ce qu'est, à l'heure actuelle, l'Hôpital Rural : Il siège dans une commune de 3.200 habitants, dessert en moyenne 11 à 12 communes au sein de 2 à 4 cantons. La surface du secteur est de 477 km² ; il est peuplé de 15.650 habitants. L'Hôpital Rural le plus proche est à 25 km, et l'Hôpital auquel il adresse les malades que son équipement ne lui permet pas de soigner, est à 14 km.

Enfin, signalons qu'il existe à l'heure actuelle 355 Hôpitaux Ruraux répartis dans 81 départements ; 7 départements en sont actuellement dépourvus et 28 en possèdent seulement un ou deux ; trois départements en ont plus de dix. Ces Hôpitaux Ruraux comprennent sur un total de 10.100 lits, 7.200 lits de Médecine, 2.100 lits de Maternité et 800 lits de chroniques ou de convalescents. Ce qui donne en moyenne par hôpital 20 lits de médecine, 6 lits de maternité et 2 lits de convalescents ou de chroniques.

- - - - -

FONCTIONNEMENT ADMINISTRATIF DE L'HOPITAL RURAL

A - PRINCIPES GENERAUX DE FONCTIONNEMENT DES HOPITAUX ET LEUR APPLICATION A L'HOPITAL RURAL

I - Tutelle administrative.

Comme pour tous les établissements de soins publics l'organisme de tutelle est le Ministère des Affaires Sociales représenté à l'échelon départemental par les préfets et les directeurs départementaux des Affaires Sociales.

II - Commission administrative.

Les règles concernant sa mise en place, son fonctionnement et définissant ses activités, sont particulièrement bien définies par le décret du 11 Décembre 1958 dans ses articles 12 à 24. C'est pourquoi nous nous proposons de rapporter ici le texte de ce décret en ordonnant et en regroupant selon notre plan directeur les différents articles et paragraphes qu'il contient.

1 - Composition :

Les commissions administratives des hôpitaux ruraux et des hospices sont composées du maire de la commune dont relève l'établissement et de quatre membres renouvelables, comprenant :

- a) Un membre élu par le Conseil municipal
- b) Un membre élu par le Conseil général
- c) Deux membres choisis par le préfet parmi les personnalités connues pour leurs travaux sur les problèmes hospitaliers ou leur attachement à la cause hospitalière, résidant dans une des communes comprises

dans la circonscription de l'hôpital intéressé.

2 - Conditions d'éligibilité des membres :

Ne peuvent être membres de la commission administrative :

- a) Les personnes ayant un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privé à but lucratif ;
- b) Les fournisseurs, entrepreneurs, fermiers de l'établissement et les agents rétribués de celui-ci, à l'exception, pour ces derniers, des médecins, chirurgiens ou spécialistes de l'établissement.

Les membres qui en cours d'exercice, tombent sous le coup des dispositions des deux alinéas précédents sont déclarés démissionnaires d'office et il est pourvu à leur remplacement dans le délai d'un mois.

Si le maire tombe sous le coup d'une de ces interdictions il est remplacé, au sein de la commission administrative, par un membre élu par le conseil municipal.

L'appartenance simultanée au conseil municipal de la commune dont relève l'établissement et au conseil général du département ne constitue pas une incompatibilité pour les membres élus par le conseil municipal et par le conseil général.

Les membres élus par le conseil municipal et le conseil général suivent le sort de ces assemblées quant à la durée de leur mandat. En cas de suspension ou de dissolution desdites assemblées, le mandat est continué jusqu'au jour du remplacement des membres en cause de la commission administrative par la nouvelle assemblée. L'élection des délégués du conseil municipal ou du conseil général a lieu, au scrutin secret, à la majorité absolue. Après deux tours de scrutin la majorité relative suffit et, en cas

de partage des voix le plus âgé est élu.

Les membres sortants sont rééligibles, sauf en cas de révocation. Ne sont pas éligibles ou sont révoqués de plein droit les membres qui se trouveraient dans un des cas d'incapacité prévus par les lois électorales.

Les membres désignés par le préfet sont nommés pour six ans. Leur renouvellement se fait tous les trois ans par moitié. L'ordre de renouvellement est déterminé par le sort lors de la première séance d'installation.

3 - Election à la présidence :

La présidence de la commission administrative des Hôpitaux appartient au maire ou à la personne remplissant dans leur plénitude les fonctions de maire. Le président a voix prépondérante en cas de partage.

Dans le cas où le maire tombe sous le coup d'une des interdictions pré-citées, la commission élit en son sein son président pour une période de trois ans. Ce président est rééligible.

Chaque commission administrative élit un vice-président, pour trois ans. Ce dernier ne peut être choisi parmi les représentants du conseil municipal.

En cas d'absence du Président et du vice-président, la présidence appartient au plus ancien des membres présents et, à ancienneté égale, au plus âgé.

4 - Dissolution - Révocation de ses membres :

Les commissions administratives peuvent être dissoutes ou leurs membres révoqués par le Ministre des Affaires Sociales.

En ce cas, la commission est remplacée ou complétée dans le délai d'un mois.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant six mois consécutifs d'assister aux séances de la commission est réputé démissionnaire. Cette démission est constatée par le préfet. L'intéressé est remplacé immédiatement.

Si un membre cesse ses fonctions avant l'expiration normale de son mandat, il est pourvu, dans le délai d'un mois, à son remplacement. En ce cas, les fonctions du nouveau membre prennent fin à l'époque où auraient pris fin celles du membre qu'il a remplacé.

5 - Conditions générales d'exercice :

Les employeurs sont tenus de laisser aux salariés de leur entreprise, membres d'une commission administrative d'un hôpital ou hospice public, le temps nécessaire pour remplir leurs obligations au sein de cette commission.

La suspension de travail qui résulte de l'application des dispositions qui précèdent ne peut être une cause de rupture par l'employeur du contrat de louage de service et ce à peine de dommages et intérêts au profit du salarié.

Les fonctions des membres des commissions administratives sont gratuites, sauf dérogation prévue par décret.

6 - Voix consultatives :

Le directeur économe de l'établissement asristo, avec voix consultative, aux séances des commissions administratives.

Les directeurs départementaux des Affaires Sociales ou leurs adjoints peuvent également y assister avec voix

consultative. L'ordre du jour des délibérations doit leur être communiqué deux jours à l'avance.

Le préfet, le sous-préfet, l'inspecteur divisionnaire des Affaires Sociales peuvent assister aux séances de la commission administrative.

Dans le cas où l'établissement bénéficie d'une aide financière de la part des organismes de Sécurité Sociale, un représentant desdits organismes pourra en outre être admis à siéger avec voix consultative au sein de la commission administrative dudit établissement dans les conditions précisées par le décret.

7 - Rôle de la commission administrative :

La commission administrative règle, sous l'autorité du préfet et le contrôle technique du directeur départemental des Affaires Sociales, les affaires des hôpitaux et hospices.

Les délibérations de la commission administrative qui doivent être approuvées par le préfet, portent sur les objets suivants :

- le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;
- les acquisitions, aliénations et échanges de propriétés et leur affectation au service ;
- les projets de travaux pour construction, grosses réparations et démolitions ;
- les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- les emprunts ;
- les délibérations de la commission administrative portant aliénations de biens immeubles formant la dotation des hôpitaux et hospices sont soumises, à l'avis, selon le cas, du conseil municipal s'il

s'agit d'un établissement communal, du comité du syndicat de communes s'il s'agit d'un établissement intercommunal, du conseil général s'il s'agit d'un établissement départemental.

Si le préfet, saisi à fin d'approbation d'une délibération de la commission administrative, n'a pas fait connaître sa décision dans un délai de quarante jours à dater du dépôt de la délibération, celle-ci est considérée comme approuvée.

3 - Rôle du président :

Le président de la commission administrative :

- représente l'établissement en justice, sur autorisation de la commission administrative ;
- Représente l'établissement dans les actes de la vie civile, sous réserve des attributions propres du directeur et du comptable ;
- Propose les budgets et les prix de journée ;
- Nomme sur la proposition du directeur économiste, le personnel administratif, hospitalier et secondaire, à l'exclusion du comptable.
- Exerce les fonctions d'ordonnateur, passe les marchés, soumet à la commission administrative les comptes, prix de revient et inventaires, et surveille la comptabilité deniers et la comptabilité matières de l'établissement. Il peut prendre connaissance à tous moments, dans les bureaux des comptables, des documents et registres de comptabilité.

9 - Sanction de tutelle :

Les délibérations de la commission administrative sont transmises immédiatement au préfet, qui les communique pour avis au directeur départemental de la Santé et au directeur départemental de la Population et de l'Aide Sociale.

Dans les vingt jours de leur réception, le préfet peut suspendre l'application des délibérations prises en violation de la loi, d'un règlement ou contraires à l'ordre public, à l'équilibre financier ou à l'intérêt supérieur de l'établissement.

Les délibérations dont l'application est ainsi suspendue, sont transmises immédiatement au Ministre des Affaires Sociales. Si celui-ci n'en a pas prononcé l'annulation dans les quarante jours de la réception par le préfet, la délibération est exécutoire.

10 - Dispositions prévues en cas de création par changement de catégorie.

La composition des commissions administratives des hôpitaux ruraux est identique à celle des hospices.

En conséquence, dans tous les cas où l'établissement classé hôpital rural par l'arrêté du 5 Juin 1961, était précédemment classé comme " hospice ", la commission administrative mise en place peut demeurer en fonction. Par contre, si un établissement précédemment classé dans la catégorie "hôpital" est devenu "hôpital rural", il convient de mettre fin aux fonctions des membres de la commission administrative et de procéder à la mise en place d'une commission administrative constituée conformément aux dispositions régissant la commission administrative des hôpitaux ruraux.

III - Commission médicale consultative.

A l'opposé des autres établissements hospitaliers, il n'y a pas de commission médicale consultative. Son rôle est tenu par le médecin responsable dont nous évoquerons par la suite les fonctions.

IV - Direction.:

1 - Rôle et fonctions du directeur :

Le directeur d'un hôpital rural est très souvent un directeur économe. C'est-à-dire qu'il assure à lui seul la marche de l'hôpital sur le plan administratif et financier. La taille de l'hôpital rural ne justifie jamais le dédoublement de la fonction même quand il est associé à un hospice plus important.

2 - Responsabilité du directeur :

a) responsabilité administrative,

Le directeur est responsable devant l'administration de la bonne marche et de la bonne gestion de l'hôpital, comme dans tous les autres établissements hospitaliers.

b) responsabilité civile,

La responsabilité civile du directeur n'est pas aussi grande dans un hôpital rural que dans un hôpital traditionnel, les actes médicaux n'étant pas soumis au régime de la faute de service. Il s'agit d'une dérogation exorbitante du droit public sur laquelle nous nous étendrons plus longuement en traitant de la responsabilité médicale.

Le directeur se trouve par contre engagé pour les actes et les fautes commises par le personnel non médical de l'hôpital. La faute de service peut exister à ce niveau et le directeur en est pleinement responsable. Cette responsabilité s'étend également à l'hébergement et à la sécurité dans l'hôpital.

En pratique, sa responsabilité est voisine de celle des autres directeurs d'établissements de soins publics sans qu'il puisse toutefois être mis en cause pour des fautes d'ordre médical commises par les médecins de l'établissement.

B - LES CARACTERES PROPRES A L'HOPITAL RURAL

I - Nomination des médecins et sages-femmes :

Décrêt du 6 Juillet 1960 et circulaire du 31 Juillet 1961.

1) Conditions de nomination :

Nous abordons ici une des caractéristiques les plus intéressantes de l'Hôpital Rural : tous les médecins et sages-femmes résidant dans les communes comprises dans la circonscription de l'établissement et y exerçant régulièrement, peuvent sur simple demande être autorisés à figurer sur la liste des médecins et sages-femmes agréés et autorisés à donner leurs soins à l'hôpital rural.

Pour obtenir l'autorisation requise, ils doivent en présenter la demande au Directeur Départemental des Affaires Sociales, en fournissant les justifications de résidence et d'inscription à l'ordre qui leur sont demandées. Le Directeur Départemental des Affaires Sociales, après vérification des conditions de résidence et d'exercice, et d'une manière générale

du comportement professionnel des intéressés, adresse ses propositions au préfet, qui fixe par arrêté la liste des médecins et sages-femmes autorisés à exercer à l'Hôpital Rural en cause.

Le préfet doit ensuite informer les intéressés par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, de la décision prise à leur égard. Cette même décision est notifiée à la Commission Administrative de l'Hôpital Rural intéressé, au Directeur Départemental, et à l'Inspecteur Départemental des Affaires Sociales.

L'inscription sur la liste est valable trois ans au bout desquels il peut être procédé à son renouvellement dans les mêmes conditions. Les médecins n'étant pas considérés comme des fonctionnaires d'un service public ne sont pas soumis à la retraite obligatoire à 65 ans et peuvent continuer à figurer sur la liste au delà de cet âge.

Lorsqu'une sage-femme est employée à plein temps par l'établissement, et ceci est surtout intéressant dans le cas d'un Hôpital Communal transformé en Hôpital Rural, elle ne peut, en raison de ses obligations à l'égard de l'Hôpital, demander son inscription sur la liste des sages-femmes agréées pour pratiquer des accouchements à titre privé.

2) Règlement et sanctions :

L'inscription sur la liste des praticiens agréés oblige les médecins et les sages-femmes à se conformer aux règles de fonctionnement de l'Hôpital, telles qu'elles sont déterminées par le règlement intérieur de l'Hôpital. Par ailleurs, les médecins et sages-femmes devront respecter la liste des gardes prévue par le médecin responsable.

Tout manquement à la règle peut être sujet à sanction. En particulier, le préfet peut, à tout moment, sur proposition du Directeur Départemental des Affaires Sociales, rayer de la liste un praticien en cas d'infraction grave au règlement intérieur de l'Hôpital.

Cette radiation peut être également prononcée dans les mêmes conditions en cas de sanction juridique, qu'elle soit pénale, ordinale, ou émanant des commissions de soins et d'invalidité aux victimes de la guerre ou de contentieux de Sécurité Sociale et d'Aide Sociale.

3) Cas des services de convalescents, de grabataires et des hospices et maisons de retraite associés :

La liste d'agrément des médecins de l'Hôpital Rural ne s'applique pas aux services de convalescents, de grabataires, et aux hospices et maisons de retraite associés. Les médecins attachés à ces services sont nommés par le préfet, sur proposition de l'Inspecteur Départemental des Affaires Sociales, après avis de la Commission Administrative. Ces médecins nommés, sont titulaires du poste jusqu'à l'âge de 65 ans. Par contre, rien ne leur interdit de figurer sur la liste des praticiens agréés, et de donner leurs soins à leurs malades ou parturientes hospitalisés en service de médecine ou de maternité. Après l'âge de 65 ans, ils pourront, comme leurs confrères, conserver leur inscription sur la liste.

4 - Cas des sages-femmes à plein temps :

En même temps que des sages-femmes exerçant à titre libéral, l'Hôpital peut employer des sages-femmes à plein temps. Ce sont alors des agents de la fonction publique recrutés par voie de concours.

II - Le médecin responsable et ses fonctions.

1) Définition et rôle :

Les statuts donnés à l'Hôpital Rural suppriment le principe du chef de service d'une part, et la commission médicale consultative d'autre part. L'un avait un rôle d'organisation et de responsabilité, l'autre un rôle de liaison entre le corps médical et l'administration. Au sein de l'Hôpital Rural, ces deux fonctions sont exercées par le médecin responsable.

Le médecin responsable est chargé d'organiser, après avoir recueilli l'avis de ses confrères, le service des gardes de nuit, des dimanches et des jours fériés, ainsi que les suppléances des médecins et sages-femmes pendant leurs absences et congés.

Le médecin responsable prend en charge l'organisation du bon fonctionnement des services médicaux et de maternité de l'Hôpital Rural ; il en est responsable devant la loi.

Sur la demande du Directeur Econome, le médecin responsable est chargé de soigner, à l'Hôpital Rural, tous les malades admis qui n'ont pas, à leur entrée, désigné sur la liste des médecins et sages-femmes, agréés, le praticien de leur choix, des soins duquel ils désireraient bénéficier pendant leur hospitalisation.

Enfin le médecin responsable transmet à l'administration de l'Hôpital et au Directeur Départemental des Affaires Sociales, les informations, suggestions, et réclamations des médecins et sages-femmes.

2) Nomination du médecin responsable :

Les médecins autorisés à donner des soins dans un Hôpital Rural proposent, chaque année, celui d'entre eux qui sera

désigné par le préfet après avis du Directeur Départemental des Affaires Sociales, en qualité de médecin responsable.

A défaut d'entente entre les médecins, l'un d'entre eux est désigné d'office par le préfet, sur proposition du Directeur Départemental des Affaires Sociales.

La nomination du médecin responsable est valable un an et renouvelable selon une procédure identique.

Lorsque l'Hôpital Rural est créé à partir d'un hôpital communal déjà existant, l'établissement possédant déjà un médecin chef de service de médecine ou de maternité, celui-ci remplira d'office les fonctions dévolues au médecin responsable jusqu'à l'âge de 65 ans. S'il y a plusieurs chefs de service, chacun d'eux remplit pour son propre service les fonctions dévolues au médecin responsable, à savoir organisation et responsabilité du service médical, et le plus âgée d'entre eux est chargé de l'organisation des gardes et suppléances, ainsi que de la responsabilité du bon fonctionnement de ce service de garde.

Enfin lorsque l'Hôpital Rural est créé à partir de l'infirmierie d'un hospice, le médecin de l'hospice conserve ses fonctions jusqu'à 65 ans mais ne jouit d'aucune préférence pour le choix du médecin responsable ; il se retrouve pour ce choix, au même rang que ses confrères.

III - Régime juridique de l'Hôpital Rural.

Nous avons vu que l'Hôpital Rural est ouvert à tous les médecins de la circonscription, et qu'un médecin responsable remplace le chef de service de l'hôpital communal dans certaines de ses attributions.

Cette réforme a nécessité la mise en place pour l'hôpital rural, d'un régime juridique particulier, notamment en ce qui concerne le domaine des responsabilités. Nous distinguerons deux rubriques au cours desquelles nous traiterons de la responsabilité du praticien et de celle de l'hôpital.

1 - Responsabilité juridique du praticien :

Le praticien exerçant à l'Hôpital Rural est responsable de ses actes à part entière, exactement comme s'il exerçait dans son cabinet.

L'administration estime que ce médecin, nommé sans concours, ne recevant ni salaire ni indemnité, ne peut être considéré comme chargé d'une fonction publique. Dans l'Hôpital Rural, le praticien continue à exercer une activité de type libéral au sein de l'établissement public, qui lui loue l'usage de ses locaux.

Il découle de cette situation que le praticien exerçant à l'Hôpital Rural, se doit d'être assuré contre les risques civils qu'il encourt de par son exercice, tout comme il est assuré à son cabinet.

2 - Responsabilité juridique de l'Hôpital :

L'Hôpital Rural en tant que lieu de soins publics voit par contre, sa responsabilité limitée à l'hébergement des malades. La faute de service du médecin ne le concerne pas ; seule sa responsabilité vis-à-vis des hospitalisés est à prendre en considération.

La responsabilité civile de l'Hôpital est mise en cause, comme dans les autres établissements publics, pour les dommages causés par le mauvais état des locaux, et par une installation ou un fonctionnement déficient des appareils mis à la disposition du praticien.

L'hôpital est toutefois responsable de la faute de service de son personnel salarié. C'est ainsi qu'il peut être responsable des auxiliaires médicaux, en tant qu'agents de la fonction publique. Cependant ces auxiliaires médicaux sont soumis au régime dit " du préposé occasionnel ". L'Hôpital n'est responsable de leurs actes de service que s'ils sont pratiqués en dehors d'une présence médicale ou de sa responsabilité directe. Le médecin assume la responsabilité des fautes de service commises par les auxiliaires médicaux travaillant en sa présence, ou sous sa responsabilité directe.

Les sages-femmes exerçant à l'Hôpital Rural à titre libéral sont soumises au même régime de responsabilité que le médecin. Par contre les sages-femmes employées par l'Hôpital Rural à plein temps, sont soumises au régime de responsabilité des employés de la fonction publique. L'Hôpital sera responsable de leurs fautes de service, en particulier lors des accouchements que ces sages-femmes effectueront seules, en dehors d'une présence médicale, et des soins qu'elles prodiguent aux parturientes.

-:-:-:-:-:-:-

Cette étude du mode de fonctionnement administratif de l'Hôpital Rural nous a permis de le situer d'une façon plus précise au sein des établissements de soins publics français. Nous avons pu voir que l'un de ses grands principes : l'accès de tous les médecins à l'Hôpital avait entraîné nombre d'aménagements de nos structures hospitalières traditionnelles.

Nous allons envisager maintenant les modifications apportées dans le cadre du fonctionnement médical.

-:-:-:-:-:-:-

FONCTIONNEMENT MEDICAL DE L'HOPITAL RURAL

I - FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE MEDECINE ET DE MATERNITE

L'Hôpital Rural tel que nous l'avons défini ne peut plus être considéré comme les autres établissements hospitaliers. Le libre accès de tous les médecins, principe qui fut difficile à faire admettre à l'administration, est uniquement destiné à permettre à des praticiens d'exercer une médecine de meilleure qualité, dans des conditions de confort et de sécurité qu'ils ne pourraient trouver au domicile du malade. Mais ces praticiens ne doivent pas en conclure pour autant à une augmentation de leurs capacités ; le médecin doit rester conscient de sa compétence et ne pas utiliser cette possibilité qui lui est offerte d'exercer en milieu hospitalier, pour se lancer dans des aventures diagnostiques et thérapeutiques dont les conséquences, alors imprévues, risquent d'être lourdes pour le malade.

Actes autorisés :

Consciente de ce risque, l'administration, dans le but de protéger la sécurité des malades, tout autant que la réputation de ses établissements, a décidé d'instituer une liste limitative des actes pouvant être pratiqués à l'Hôpital Rural.

Cette liste limitative des actes est établie par l'arrêté du 16 Août 1960, qui, après de nombreuses protestations des praticiens, fut modifié par l'arrêté du 11 Décembre 1962 lui-même complété par l'arrêté du 2 Octobre 1964.

1 - Les médecins et, dans la limite de leur compétence, les sages-femmes agréées, peuvent pratiquer dans le service maternité de l'Hôpital Rural :

- les accouchements simples et gémellaires
- les accouchements par siège chez les multipares
- les applications de forceps à la partie basse de l'excavation
- les périnéorraphies simples ou sutures d'épisiotomie
- les délivrances artificielles
- les révisions utérines isolées
- les séances préparatoires à l'accouchement par méthode psychoprophylactique.

2 - Les médecins sont autorisés à pratiquer dans les services de médecine de l'Hôpital Rural, outre l'examen des malades :

- Tous les actes côtés en P C figurant au chapitre de la pratique médicale courante de la nomenclature générale des actes professionnels, à l'exception de l'anesthésie générale de longue durée.
- Réduction et contention d'une luxation récente par la méthode non sanglante, sous réserve d'un contrôle radiographique après réduction et touchant les articulations suivantes : orteils, doigts, pouce, poignet, coude, épaule, pied et genou.
- Mise en place d'un appareillage provisoire en vue du transfert d'un blessé.

- Sous réserve d'un contrôle radiographique :
 - a) Contention des fractures simples sans déplacement :
 - du membre supérieur.
 - du membre inférieur (sauf les fractures du fémur).
 - du bassin.
 - b) Traitement des fractures avec déplacement :
 - au membre inférieur : orteils, métatarsiens,
 - au membre supérieur : main, poignet, extrémité inférieure des os de l'avant-bras, clavicule.
 - c) Répétition d'un plâtre.
- Traitement des panaris à l'exclusion des panaris des gaines.
- Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie superficielle et peu étendue des parties molles.
- Suture secondaire d'une plaie après avivement.
- Ablation de petites tumeurs bénignes sous-cutanées (kystes, lipomes).
- Incision d'abcès intra-musculaires.
- Abcès profond du sein.
- Traitement des brûlures superficielles, moins de 10 pour 100.
- Ponction exploratrice de la plèvre.
- Ponction évacuatrice de la plèvre.
- Ponction lombaire.
- Ponction d'ascite.
- Botte de Unna.
- Tubage duodéal simple.
- Paracentèse du tympan.
- Injections sclérosantes.
- Perfusion sanguine ou de plasma.

- Actes de radiodiagnostic intéressant les organes ci-après désignés :

a) poumons :

Examen radioscopique seul

Examen radiographique

b) coeur et aorte :

Examen radioscopique

Examen radiographique

c) squelette :

Doigts, main, poignet, avant-bras, bras, épaule
omoplate, clavicule, orteils, pied, jambe, genou,
cuisse, thorax, bassin.

- Radiographie sous appareil plâtré des membres et de l'épaule.

- Radiographie simple de l'abdomen pour repérage d'un corps étranger.

Les dispositions qui précèdent n'excluent pas la possibilité pour un médecin, en cas d'extrême urgence et lorsque la vie d'un malade est en danger, de pratiquer tous actes médicaux qui lui semblent indispensables.

II - ADMISSION DES MALADES - LIBRE CHOIX DU MEDECIN.

Peuvent être admis à l'Hôpital Rural tous les malades ayant leur domicile dans la circonscription de l'Hôpital. Hors les cas d'urgence l'admission n'est accordée que sur la présentation d'un certificat d'un médecin attestant la nécessité de l'hospitalisation. L'admission est alors prononcée par le directeur économe.

Lors de l'admission le Directeur demande au malade ou à sa famille de désigner, sur la liste des médecins et sages-femmes agréés pour donner des soins à l'Hôpital Rural, celui ou celle d'entre eux par lequel il désire être soigné. A défaut de choix, nous avons vu que le Directeur Econome devait faire appel au Médecin Responsable de l'établissement.

Précisons bien que le médecin qui fait admettre un malade à l'Hôpital Rural n'est pas forcément celui, d'office, le suivra par la suite.

Le libre choix du malade est en toute circonstance assuré et respecté dans la mesure où il se porte sur un médecin figurant sur la liste des praticiens agréés.

III - ADMINISTRATION DES SOINS ET AUXILIAIRES MEDICAUX.

Les médecins agréés à l'Hôpital Rural ont la charge et la responsabilité de prescrire les soins et traitements destinés aux malades qui les ont choisis comme médecin traitant à l'hôpital. Ils doivent aussi veiller à leur administration correcte par le personnel infirmier qu'ils ont à leur disposition. En fait les médecins exerçant à l'Hôpital Rural se comportent en chefs de service vis-à-vis des malades qui les ont choisis. Ils doivent assurer des visites aussi fréquentes que l'état du malade le nécessite, et garder présent à l'esprit que s'ils sont autorisés à se décharger sur le personnel infirmier de l'administration des soins et traitements, ils conservent l'entière responsabilité de la prescription et la manière dont elle est appliquée.

La présence des auxiliaires médicaux est régie par les différents articles du Code de la Santé Publique. Aucun cas particulier n'est prévu pour l'Hôpital Rural. C'est-à-dire qu'en raison de la qualité de ses services, l'Hôpital Rural peut employer infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, sages-femmes, assistantes sociales, manipulateurs de radiodiagnostic, préparateurs en pharmacie. Il est évident qu'en raison de la taille de l'Hôpital Rural, le nombre de ces auxiliaires médicaux sera très faible, certains mêmes ne pourront être employés qu'à temps partiel.

Ils seront considérés la plupart du temps comme des employés de la fonction publique avec une rémunération forfaitaire. Dans certains cas cependant, l'Hôpital Rural pourra être autorisé à rémunérer à l'acte certaines catégories d'auxiliaires médicaux pouvant exercer à temps partiel, tels que les kinésithérapeutes. Mais il sera nécessaire dans ce cas de s'entendre au préalable avec les caisses primaires de Sécurité Sociale pour déterminer dans quelles conditions elles assureront le remboursement des actes pratiqués.

Le médecin exerçant à l'Hôpital Rural pourra donc, théoriquement, être secondé par toutes les catégories d'auxiliaires médicaux dont il peut avoir besoin en fonction du type de médecine qu'il y réalise. Nous verrons que malheureusement dans la réalité la pénurie de personnel est telle que l'exercice de la médecine à l'Hôpital Rural est loin de correspondre à ces conditions idylliques.

IV - CONSULTATION DE SPECIALISTE.

La consultation régulière d'un spécialiste à l'Hôpital Rural n'est pas prévue dans le règlement de l'Hôpital ; mais le médecin traitant a toujours le droit, si l'état d'un de ses malades le nécessite,

de faire appel en consultation à un médecin, spécialiste ou non, ne figurant pas sur la liste des médecins agréés. Le praticien sera rémunéré directement par le malade, quel que soit le régime d'aide sociale auquel celui-ci appartient, dans les mêmes conditions qu'au cours d'une visite en clientèle privée.

V - OFFICINE DE PHARMACIE ET LABORATOIRE.

L'Hôpital Rural doit posséder une officine de pharmacie ; cette officine est placée sous la responsabilité d'un pharmacien gérant, nommé au concours selon les conditions habituelles de nomination des pharmaciens gérants des hôpitaux de troisième catégorie. Il peut être employé à l'hôpital à temps partiel.

Il n'est pas prévu d'organiser un laboratoire et les Hôpitaux ruraux sont autorisés à traiter avec un laboratoire privé de la localité ou avec le laboratoire du centre hospitalier voisin.

VI - PERMANENCE ET GARDES.

Dans la circulaire du 31 Juillet 1961, le ministre de la Santé Publique a pris soin de souligner que le service des gardes de nuit dimanches et jours de fête était obligatoire. Le médecin responsable est chargé de son organisation. Il doit auparavant avoir consulté ses confrères à ce sujet, et une fois ses décisions prises, leur communiquer la liste des gardes. Les médecins agréés sont alors obligés de se conformer à cette liste.

Le non respect du tour de garde sera considéré comme une infraction au règlement intérieur de l'hôpital, avec comme sanction possible, la radiation de la liste.

VII - ACCES A L'HOPITAL RURAL DES REMPLACANTS EN CLIENTELE PRIVEE.

Les remplaçants en clientèle privée des médecins et sages-femmes figurant sur la liste des praticiens agréés peuvent, à la condition que ce remplacement soit régulier et sous réserve de l'accord du Directeur Départemental des Affaires Sociales, avoir accès à l'Hôpital Rural pour soigner leurs malades ou parturientes.

Le médecin qui doit ainsi se faire remplacer doit demander son accord au Directeur Départemental des Affaires Sociales qui avisera de sa décision le médecin intéressé et l'hôpital en cause.

L'administration de l'hôpital doit être immédiatement avisée par le médecin qui se fait remplacer du nom de son remplaçant et de l'accord donné par le Directeur Départemental de la Santé.

VIII - REGIMES TRANSITOIRES.

1 - Pour les médecins en place :

Il a fallu prévoir des dispositions particulières pour les médecins chefs de service d'hôpital intercommunal lorsque la Commission Administrative de ce dernier demandait sa classification en Hôpital Rural.

Le médecin garde son titre de chef de service et en exerce les fonctions jusqu'à l'âge de 65 ans. Toutefois, il doit mettre une partie de ses lits à la disposition des médecins agréés, et laisser ces derniers y soigner leurs malades en toute liberté.

Après 65 ans le médecin peut continuer à exercer à l'Hôpital Rural au même titre que ses confrères en demandant son inscription sur la liste.

2 - Cas des cliniques ouvertes :

Les cliniques ouvertes précédemment autorisées dans les établissements maintenant classés hôpitaux ruraux, doivent être fermées d'office.

-:-:-:-:-

FONCTIONNEMENT FINANCIER

I - ETABLISSEMENT DU PRIX DE JOURNEE.

L'hôpital rural fonctionne comme les autres centres de soins avec le système du prix de journée forfaitaire comprenant l'ensemble des frais d'hospitalisation à l'exception de certains examens, des interventions et de certaines thérapeutiques.

Le montant des frais d'hospitalisation est réglé par le malade à sa sortie, ou remboursé directement à l'Hôpital, en totalité ou en partie, par les organismes d'Aide Sociale, si ce malade en bénéficie.

Le prix de journée est le plus souvent établi selon le système bi-annuel. C'est-à-dire que le prix de journée facturé d'une année est égal au prix de journée réel de l'hôpital deux ans auparavant.

C'est dans l'établissement de ce prix de journée réel que va se remarquer l'innovation du paiement à l'acte. En effet, l'Hôpital Rural n'aura pas de frais d'honoraires médicaux à inclure dans son prix de journée. D'autre part, l'Hôpital Rural s'adressant à une pathologie simple, les examens paracliniques seront peu compliqués et relativement peu onéreux. Quant à la thérapeutique, elle pourra la plupart du temps et avec un peu de bonne volonté de la part du praticien être relativement bon marché elle aussi. Si l'on ajoute à cela que le type de malades soignés à l'Hôpital Rural ne nécessite pas l'emploi d'auxiliaires médicaux très nombreux et très spécialisés, et que les frais de gestion hôtelière sont presque toujours partagés avec un hospice ou une maison de retraite jumelé, on comprendra aisément que le prix de journée de l'Hôpital Rural soit relativement bas.

L'enquête faite en 1962 par le Docteur CUVIER auprès de 104 hôpitaux ruraux a permis d'établir un prix de journée moyen de l'Hôpital Rural qui est de :

Pour le service de Médecine :	19, 30 F
Maternité :	28, 80 F
Convalescents :	14, 50 F

Ces chiffres sont toujours acceptables sans une grande marge d'erreur et même majorés de 20 % ou 30 %, ils restent très inférieurs à ceux pratiqués dans les autres hôpitaux.

II - HONORAIRES MEDICAUX.

1 - Principe et Conséquence :

Nous avons souligné qu'une des raisons du manque de fréquentation des hôpitaux de village était dûe en partie au manque d'intérêt des chefs de service et des médecins de la région pour cet hôpital.

Sans vouloir tout ramener à des problèmes financiers, il faut bien reconnaître que pour le chef de service ce travail hospitalier était rémunéré de manière dérisoire. Pour les médecins, l'envoi d'un malade à l'hôpital représentait la perte d'un client, lequel client n'était pas mieux soigné à l'hôpital qu'il ne l'aurait été à domicile au prix toutefois de quelques difficultés matérielles. Si l'on voulait redonner quelque vie à l'Hôpital Rural il fallait résoudre cet épineux problème financier. La formule du paiement à l'acte que proposa l'Association de Médecine Rurale fut finalement adoptée non sans de nombreuses réticences. Elle apparaît comme le seul mode de rémunération simple et équitable, permettant de payer l'ensemble des praticiens autorisés en fonction de leur activité à l'Hôpital.

Cette nouvelle forme de rémunération des médecins exerçant dans un hôpital public entraîne quelques modifications de la situation du médecin sur le plan fiscal et vis-à-vis de la Sécurité Sociale.

En effet, les médecins payés à l'acte ne peuvent plus être considérés comme des salariés puisqu'ils touchent des honoraires ; ces honoraires doivent donc être déclarés et imposés comme bénéfices d'une activité non commerciale.

Vis-à-vis de la Sécurité Sociale, le médecin agréé par le régime de Sécurité Sociale ne peut pas compter sur ces honoraires médicaux hospitaliers pour assurer son affiliation au régime de Sécurité Sociale ; par contre, si le médecin est conventionné, il verse déjà sa cotisation et le problème ne se pose pas.

2 - Montant des honoraires :

Le décret du 6 Juillet 1960 précise que le calcul des honoraires dûs aux médecins d'hôpitaux ruraux pour les soins aux hospitalisés bénéficiaires d'un régime de prévoyance sociale, est basé sur le tarif en vigueur pour les malades soignés en dehors d'un établissement hospitalier tel qu'il est fixé par les règles du régime général de Sécurité Sociale ou du régime agricole selon le cas.

Il convient de considérer la situation personnelle du praticien au regard de la législation de Sécurité Sociale :

- Il existe une convention collective :

Le tarif à payer est le tarif conventionnel fixé par l'article 2 du décret du 12 Mai 1960.

- Il existe une convention personnelle :

Le tarif est également le tarif conventionnel fixé par l'article 3 du même décret.

- Il n'existe pas de convention signée :

Le tarif est alors le tarif d'autorité fixé par la commission interministérielle des tarifs.

Trois catégories de malades sont à considérer :

- a) les malades payants non assurés sociaux
- b) les assurés sociaux
- c) les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite et les bénéficiaires de soins gratuits aux victimes de guerre.

Ces deux catégories sont associées bien que théoriquement leur barème de soins soit différent.

- a) Les malades payants :

Les honoraires dûs au médecin et à la sage-femme pour les soins donnés aux malades payants ou aux parturientes payantes admis à l'Hôpital Rural sont fixés par entente directe avec le médecin ou la sage-femme.

En pratique le médecin aligne en général ses honoraires sur le tarif des honoraires des malades assurés sociaux car la clientèle de l'Hôpital Rural est telle qu'il est difficile dans la pratique d'adapter ses honoraires à la situation de fortune de son client, comme certains médecins le réalisent dans les cabinets urbains.

- b) Les malades assurés sociaux :

- En service de médecine,

Pour les soins donnés aux assurés sociaux et bénéficiaires de lois sur les accidents de travail et maladies professionnelles, chaque médecin peut réclamer par jour et par malade

qu'il examine, 85 % de la valeur de la lettre clef C du tarif en vigueur, pour les malades soignés en dehors des établissements hospitaliers. C'est-à-dire 85 % du montant de la consultation en cabinet de ville, dont le tarif est fixé selon la règle du régime auquel appartient le malade.

Dans le cas où le médecin pratique une intervention mentionnée sur la liste des actes autorisés à l'Hôpital Rural, il peut réclamer le montant de cette intervention, tel qu'il est fixé au barème de la nomenclature générale des actes professionnels de Sécurité Sociale. Donc le P C et le K sont payés au médecin dans leur totalité. Le remboursement du R et des actes radiologiques n'est prévu dans aucun texte relatif aux hôpitaux ruraux. Les honoraires ainsi perçus ne peuvent se cumuler avec la viste, sauf dans le cas où ce cumul est expressément autorisé par la nomenclature des actes professionnels. Pour les actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 10, la rémunération des soins post-opératoires est comprise dans la valeur de l'acte pendant une durée maximum de 20 jours.

- En service de maternité,

Pour les accouchements des assurées sociales le médecin ou la sage-femme peut réclamer 90 % du forfait d'accouchement, ou du tarif de l'intervention pratiquée, sous réserve qu'elle soit autorisée, tels qu'ils sont fixés selon les barèmes régionaux de la Sécurité Sociale pour les accouchements à domicile.

Dans le cas où il existe une sage-femme travaillant à temps plein dans l'établissement, deux cas peuvent se produire :

- 1) La sage-femme de l'établissement a été choisie par la parturiente : le tarif applicable est alors le tarif conventionnel

quel que soit le régime auquel se trouve soumise la parturiente. La sage-femme doit apposer sa signature sur la feuille des soins, celle-ci attestant la prestation de l'acte, afin que le forfait d'accouchement puisse être facturé par l'établissement. Les sommes correspondant aux honoraires de la sage-femme sont considérées comme recette de l'Hôpital, en atténuation des dépenses occasionnées par son traitement.

- 2) L'accouchement est effectué par la sage-femme de l'établissement lorsque le praticien auquel la parturiente avait fait appel n'est pas arrivé en temps requis, celui-ci dispense toutefois les soins consécutifs à l'accouchement. Le forfait de l'accouchement est alors versé à l'établissement. Celui-ci et le médecin doivent s'entendre sur la part revenant à chacun. Le forfait à retenir est alors celui des sages-femmes du département considéré, pour les accouchements à domicile. Pour la rémunération du médecin la circulaire du 5 Mai 1962 détermine qu'elle sera calculée en fonction des visites faites à l'hospitalisée et à son enfant, sur la base du tarif des visites faites en service de médecine, soit 80 % du C par jour et par malade examinée.

- En service de convalescents,

La rémunération des médecins est assurée dans ce cas par voie d'honoraires forfaitaires journaliers, pour les malades payants et pour les assurés sociaux et bénéficiaires des lois sur les accidents de travail et maladies professionnelles. Dans ce cas le C forfaitaire journalier est fixé à 1,20 F en application de l'arrêté du 27 Décembre 1960.

c) Régime de l'aide médicale :

- Service de médecine,

Pour les soins donnés aux malades bénéficiaires des soins gratuits aux victimes de guerre chaque médecin peut réclamer par jour et par malade qu'il examine 50 % du tarif fixé pour la consultation au cabinet du médecin par le règlement départemental d'Aide Médicale.

En cas d'intervention l'honoraire prévu est fixé à 60 % du tarif de l'intervention fixé par le barème départemental de l'Aide Médicale. Rien n'est prévu pour le remboursement des actes radiologiques. L'honoraire de la consultation ne peut être cumulé que dans les cas prévus par la nomenclature des actes professionnels. Les soins post-opératoires sont aussi inclus dans le montant de l'intervention pendant une durée de 20 jours pour les interventions dont le coefficient est supérieur à 10.

- Service de maternité,

Pour les accouchements des bénéficiaires de l'Aide Médicale le médecin ou la sage-femme peut réclamer 60 % du forfait d'accouchement ou du tarif de l'intervention autorisée tel qu'il est fixé par le régime départemental de l'Aide Médicale pour les accouchements à domicile.

Lorsqu'est présente une sage-femme attachée à plein temps à l'Hôpital Rural, les rémunérations du forfait d'accouchement s'effectuent de la même manière que pour les parturientes assurées sociales :

1) La sage-femme est choisie par la parturiente :

Le remboursement dû à l'Hôpital Rural représente

60 % du forfait d'accouchement à domicile effectué par les sages-femmes conventionnées et fixé par le barème départemental d'Aide Sociale.

- 2) La sage-femme effectue un accouchement à la place du médecin choisi par la malade mais le médecin dispense les soins consécutifs à l'accouchement :

L'Hôpital touchera 60 % du forfait ci-dessus désigné et partagera avec le médecin en fonction du nombre de visites effectuées par celui-ci à sa parturiente. Ces visites étant remboursées sur la base de celles effectuées en médecine, c'est-à-dire 50 % du barème départemental d'Aide Sociale pour les consultations en cabinet privé.

- Service de convalescents,

Dans les services de convalescents d'Hôpital Rural les médecins titulaires sont rémunérés par une indemnité forfaitaire pour les soins donnés aux bénéficiaires de l'Aide Médicale et assimilés. Les conditions de cette rémunération sont prévues au décret du 21.12.1960.

III - MODE DE RECOUVREMENT DES HONORAIRES.

I - Malades payants :

Les malades payants et les parturientes payantes versent directement leurs honoraires aux médecins et sages-femmes.

2 - Pour les malades et parturientes bénéficiaires d'un régime de prévoyance sociale :

Le règlement des honoraires s'effectue par le système du tiers payant. Le médecin ou la sage-femme consigne sur des feuilles de soins le relevé des actes qu'ils ont accomplis et en indique le montant calculé de la manière indiquée précédemment. Les feuilles sont remises à l'administration hospitalière au plus tard à la sortie du malade.

Le Directeur Econome de l'Hôpital Rural met en recouvrement les sommes dues sur les organismes de Sécurité Sociale ou les collectivités publiques d'Aide Sociale. Dans le cas où il reste à la charge de l'assuré un ticket modérateur à payer l'hôpital en assure le recouvrement sur l'assuré ou ses ayant-droits.

Le bénéficiaire de soins gratuits aux victimes de guerre a le droit exceptionnel dans le cas d'une hospitalisation à l'Hôpital Rural, de conserver son carnet de soins afin d'être en mesure de le présenter à son médecin chaque fois qu'il reçoit la visite de ce dernier. Le médecin consigne dans les formes habituelles chacune de ses visites sur le bulletin de visite qu'il ne doit pas détacher du carnet. Il doit annuler par deux traits en diagonale la feuille d'ordonnance correspondante. Tous les bulletins de visite qui ont été remplis, accompagnés des feuilles d'ordonnance correspondantes annulées, sont prélevés par le Directeur Econome, et doivent être adressés pour règlement à la direction interdépartementale des anciens combattants et victimes de guerre compétente, en même temps que l'avis à payer relatif au règlement des frais de séjour.

Si un praticien entend donner gratuitement ses soins à un hospitalisé il doit le signaler à l'administration, afin que celle-ci

ne procède à la mise en recouvrement que des prix de journée, à l'exclusion des honoraires.

3 - Règlement du médecin :

Le comptable de l'hôpital crédite, trimestriellement au moins, chaque médecin et sage-femme des sommes encaissées pour son compte.

IV - CONTRIBUTION MEDICALE.

1 - Malade tiers payant :

L'administration hospitalière a le droit de prélever, sur le montant des honoraires médicaux dont le mode de calcul a été précédemment défini, une somme destinée à couvrir les frais de recouvrement et une autre somme destinée à l'amélioration de l'équipement et du fonctionnement des services de l'établissement.

Les frais de recouvrement sont évalués à 5 % du montant des honoraires et la contribution médicale à l'équipement est également évaluée à 5 % de ces honoraires. Un total de 10 % doit donc être prélevé sur les honoraires du praticien.

2 - Malades payants :

Pour les malades payants, régis par le système de l'entente directe, le médecin doit verser une redevance de 10 % des honoraires qu'il aurait perçus en application du tarif de Sécurité Sociale. C'est ainsi que pour chaque visite et pour chaque malade examiné, le médecin doit verser à l'Hôpital une redevance de 10 % de la valeur de la lettre clef C résultant soit du tarif conventionnel soit du tarif d'autorité selon la situation personnelle du médecin au regard de la Sécurité Sociale. Il en est de même pour les interventions

autorisées effectuées par les médecins ou les accouchements effectués par le médecin ou la sage-femme.

Si un praticien donne gratuitement ses soins à un malade ou à une parturiente, non bénéficiaire d'un régime de prévoyance sociale, une redevance doit être cependant versée par lui. Il s'agit en effet d'un forfait dû à l'Hôpital, quel que soit le montant des honoraires perçus par le praticien et même s'il n'en perçoit pas, l'Hôpital n'ayant aucun moyen de contrôle en la matière.

Afin que puisse être calculé dans tous les cas le montant de la redevance, le médecin ou la sage-femme doit indiquer à l'administration hospitalière la lettre clef et le coefficient des actes pratiqués ainsi que le nombre de visites effectuées. Le refus d'un praticien de se conformer à cette formalité ou de verser la redevance entraîne sa radiation de la liste des praticiens autorisés à donner des soins à l'Hôpital Rural. Cette radiation peut être prononcée par le préfet si, après mise en demeure par les soins de l'administration hospitalière, le praticien ne s'est pas conformé à la réglementation hospitalière.

Après un rapide exposé des règles de son fonctionnement, l'Hôpital Rural apparaît, dans ses grandes lignes, comme un établissement de soins public mis à la disposition de la médecine libérale de campagne pour en prolonger, en renforcer et en améliorer l'action. Sans imaginer un seul instant que de simples changements de statuts puissent entraîner immédiatement une amélioration des conditions matérielles de l'hospitalisation rurale, le législateur a

pensé que l'institution du libre choix du médecin par le malade hospitalisé permettrait, dans ce milieu bien particulier qu'est le milieu rural, une acceptation plus facile de l'hospitalisation, phénomène toujours très angoissant chez un malade. Le libre choix entraîne pour des raisons diverses, d'une part le libre accès de tous les médecins à l'Hôpital Rural, et d'autre part le paiement à l'acte du praticien.

Il est certain que ces réformes ne seront pleinement efficaces que si les conditions matérielles de l'hospitalisation sont par ailleurs améliorées. C'est-à-dire lorsque les hôpitaux ruraux seront plus confortables et plus nombreux, donc plus proches du malade.

Nous tenons enfin à rappeler que l'Hôpital Rural, en tant que centre de soins public, est évidemment soumis à la législation régulière s'appliquant à l'ensemble des hôpitaux français ; et nous n'avons voulu nous intéresser qu'à l'originalité du système, par rapport aux autres établissements hospitaliers.

Tel qu'il existe, et sans vouloir d'aucune manière en atténuer les mérites ou les avantages, nous sommes obligé d'y reconnaître certaines imperfections. Au cours des pages qui vont suivre, nous allons essayer d'en dégager les aspects positif et négatif, afin d'envisager l'évolution vers laquelle l'Hôpital Rural devrait s'engager.

-:-:-:-:-

Deuxième Partie

ETUDE CRITIQUE DU SYSTEME

A - INCUFFISANCE

Nous allons retrouver les principales rubriques selon lesquelles nous avons divisé notre étude de l'Hôpital Rural. Pour chacune nous apporterons les critiques que nous pensons devoir faire au système actuel ou celles qui ont déjà été faites par les utilisateurs dans les différents articles de la presse spécialisée.

I - PRINCIPES GENERAUX.

L'exclusion de la chirurgie à l'Hôpital Rural ne paraît pas soulever de grande objection. Il est bien évident que la chirurgie représente déjà un acte médical très spécialisé et demande des installations et un équipement qu'un hôpital de campagne peut rarement avoir.

Néanmoins certains hôpitaux de village qui, pour des raisons d'économie interne, demandent leur classification

en hôpital rural, peuvent posséder un service de chirurgie qui fonctionne régulièrement ; ils sont donc obligés de le fermer en raison de leurs nouveaux statuts. Nous pensons qu'il faut voir dans cette règle une mesure de prudence de la part de l'administration. A l'Hôpital Rural en effet, il n'y a plus de chef de service et tous les médecins ont " le même droit thérapeutique " au sein de l'Hôpital. Certains médecins ruraux arguant de l'universalité de leur titre de Docteur en Médecine auraient pu être tentés de pratiquer certains actes chirurgicaux s'ils avaient eu à leur disposition un bloc opératoire. N'oublions pas en effet qu'il n'y a pas si longtemps, dans certains hôpitaux de campagne, de simples généralistes pratiquaient en toute légalité, et parfois d'ailleurs avec une certaine compétence, des actes chirurgicaux courants.

Il était donc sage de la part du législateur d'exclure les services chirurgicaux de l'Hôpital Rural si l'on ne voulait pas que certains abus ne se produisent au détriment des malades et de la réputation de l'Hôpital.

II - CIRCONSCRIPTION.

Il apparaît que la tendance actuelle dans la détermination des circonscriptions hospitalières serait de se baser avant tout sur le nombre d'habitants à desservir. On admet ainsi qu'il faut compter un hôpital rural pour 15.000 habitants. Autant ce calcul peut avoir un intérêt en habitat urbain, autant en habitat rural le problème est différent. Dans ce dernier cas, en prenant un nombre déterminé d'habitants on aboutit à des circonscriptions de tailles très variables, la densité de la population rurale étant variable selon les régions. Or nous avons vu qu'une des raisons d'être, et maintenant de survie, de l'Hôpital Rural était de rapprocher l'hôpital du malade. C'est pourquoi nous pensons que c'est sur une notion d'éloignement qu'il faut baser la circonscription. De plus,

cet éloignement ne doit pas être exprimé en unité de longueur mais en unité de temps.

Nous proposons de déterminer les circonscriptions de l'Hôpital Rural selon des isochrones de 15 minutes par exemple. C'est-à-dire que font partie de la circonscription toutes les localités dont l'éloignement de l'hôpital sera inférieur ou égal à 15 minutes, compte tenu du fait que la distance les séparant sera parcourue en automobile, à une vitesse moyenne, en utilisant le réseau routier local. Il serait prévu quelques aménagements pour les régions de haute montagne, où la circulation est particulièrement lente.

Nous aboutissons alors à des circonscriptions de tailles variables selon le relief et le réseau routier de la région mais qui auront l'énorme avantage.:

- de rapprocher réellement l'hôpital du malade,
- de permettre à tous les médecins de la circonscription d'utiliser également l'hôpital rural, sans favoriser exagérément le médecin résidant dans la localité de l'hôpital au détriment de ceux résidant en périphérie de la circonscription. L'inconvénient que peut présenter, à première vue, ce procédé est de créer certaines circonscriptions ayant une population très faible, obligeant à créer des hôpitaux ruraux très petits, de l'ordre d'une vingtaine de lits, difficilement rentables sur le plan financier. Cette objection est réelle mais perd beaucoup de son importance si l'on considère que les hôpitaux ruraux sont à peu près tous jumelés à des hospices ou maisons de retraite et que l'on peut alors dans ce cas atteindre 50 lits, seuil de la rentabilité financière d'un établissement de soins.

III - COMMISSION ADMINISTRATIVE.

La composition des commissions administratives propres aux hôpitaux ruraux appelle certaines critiques.

Les médecins et les organismes de Sécurité Sociale ne sont pas obligatoirement représentés au sein de la commission administrative, pas même à titre consultatif. Cela ne veut pas dire qu'ils ne peuvent pas être membres de la commission administrative car ils peuvent très bien remplir les conditions requises pour être un des quatre membres, soit élu par le conseil municipal ou le conseil général, soit nommé par le préfet, mais les textes ne prévoient pas leur présence systématique au sein de la commission administrative.

Nous pensons qu'il s'agit là d'une importante lacune que, faute de mieux, l'initiative communale ou préfectorale se doit de combler. Le médecin est un représentant à notre avis indispensable pour permettre à la commission administrative de résoudre en toute connaissance de cause les différents problèmes qui se posent à elle ; et le médecin responsable paraît tout désigné pour tenir ce rôle de liaison et d'information.

Un représentant des organismes de Sécurité Sociale serait également souhaitable et cela permettrait de résoudre plus facilement les problèmes se posant entre les Hôpitaux Ruraux et les caisses primaires de Sécurité Sociale, qui sont dûs le plus souvent à une incompréhension mutuelle.

IV - LIMITATION DES ACTES.

Le principe même d'une limitation de l'activité d'un médecin remet en question l'universalité du titre de Docteur en médecine.

En fait, la sagesse ou l'usage font que ce principe est déjà battu en brèche en de nombreuses occasions, en particulier lors de l'attribution des postes dans les hôpitaux publics où le Doctorat doit s'accompagner d'une qualification spécialisée pour l'obtention de certains postes. Mais jusqu'alors la limitation s'était bornée à un problème de qualification pour les concours. L'Hôpital Rural a introduit le principe de la limitation des actes dans la pratique générale. Cette innovation a généralement été mal accueillie par le praticien rural. Très conscient des problèmes théoriques et techniques que pose la médecine hospitalière moderne, le généraliste estimait connaître ses propres capacités, et ne devait qu'à sa seule conscience professionnelle le respect des limites qu'il devait s'imposer. A son avis ce devait toujours être une question d'espèce, et un règlement limitatif de ses actes, imposé par l'administration, représentait pour le praticien, un affront fait à sa conscience professionnelle. Ce généraliste comprenait d'ailleurs d'autant moins cette limitation arbitraire qu'il lui suffisait de soigner ses malades en dehors de l'Hôpital Rural pour que toute limitation théorique à son activité cesse aussitôt. Il comprenait mal comment on pouvait lui interdire à l'Hôpital Rural un acte qu'il était autorisé à accomplir à domicile dans des conditions de travail infiniment plus précaires.

Mais d'autre part il est certain que l'Hôpital Rural, en dépit de son équipement sommaire, offre aux médecins une certaine sécurité de travail et de surveillance, et cette situation, nouvelle pour eux, pourrait inciter quelques uns d'entre eux à pratiquer certains actes sans être tout à fait conscients, si ce n'est de leur capacité, du moins de l'aide réelle, toujours très limitée, que leur apporterait l'Hôpital Rural. Quelques protestations à la suite de la première liste limitative qui faisait l'objet de l'arrêté du 11 Août 1960, montrent bien que certains médecins n'ont pas réalisé pleinement les problèmes qui se seraient posés à eux, s'ils s'étaient lancés dans la pratique des actes dont ils demandaient l'autorisation.

Il faut bien reconnaître qu'après les modifications apportées par l'arrêté du 11 Décembre 1962, la liste limitative s'identifie le plus souvent avec les actes que les médecins s'autorisent à pratiquer dans leur clientèle. Signalons toutefois une lacune qui prend de plus en plus d'importance, la non autorisation de pratiquer un électrocardiogramme, examen qui doit pourtant relever de la pratique courante.

Enfin l'article 4 autorisant en cas d'urgence tous les actes médicaux qui s'imposent doit éliminer à notre avis les dernières réticences à l'acceptation de ce principe de la limitation des actes.

Les actes de radiologie nous font entrer dans l'application pratique de ce principe. Les examens radioscopiques du coeur et des poumons et les examens radiographiques du coeur, du poumon et du squelette, ainsi que les clichés de l'abdomen sans préparation sont autorisés par l'arrêté du 11 Décembre 1962, abrogeant la précédente liste qui ne les mentionnait pas. Mais la circulaire d'application du 31 Juillet 1961, qui fut publiée compte tenu du texte de la première liste limitative, précise que les examens radioscopiques et radiographiques qu'effectueront les médecins ne pourront être remboursés. Or cette disposition n'a pas été abrogée lors de la modification de la liste ; si bien qu'à l'heure actuelle les hôpitaux ruraux ont le droit de pratiquer certains examens de radiodiagnostic, mais ces examens ne bénéficieront pas de la rémunération à l'acte, et ne seront pas remboursés par la Sécurité Sociale. L'Hôpital Rural qui aura à sa disposition un appareillage de radiodiagnostic, pourra par l'intermédiaire des prix de journée, être remboursé des frais de fonctionnement de ses appareils. Mais le praticien qui pratiquera les actes de radiodiagnostic, ne pourra pas être rémunéré de son travail. Il y a là une situation paradoxale qu'il serait bon de modifier, en payant à l'acte les examens de radiodiagnostic, et en augmentant pour ces actes, jusqu'à 50 %, la part de la contribution financière que le praticien verse à l'Hôpital.

V - PHARMACIE ET LABORATOIRE.

L'Hôpital Rural doit posséder une officine de pharmacie placée sous la direction du pharmacien responsable. Le but de cette mesure est évidemment d'éviter de payer, sur les deniers publics, une marge bénéficiaire au pharmacien, sur le prix de vente des médicaments, et de pouvoir bénéficier de certains tarifs réduits avec le conditionnement hospitalier.

En contre-partie, l'Hôpital Rural aura à sa charge : la rémunération du pharmacien gérant, les charges sociales y afférant, la dévaluation du stock due au renouvellement incessant de spécialités dont le nombre est d'autant plus grand que les médecins les prescrivant sont plus nombreux.

Les études de rentabilité effectuées en 1962, par plusieurs directeurs économes d'hôpitaux ruraux, ont mis en évidence qu'au-dessous d'un chiffre d'affaires de 20.000 Francs par an, l'officine de l'Hôpital Rural était déficitaire. Certains hôpitaux ruraux, de petite taille, n'atteignent pas toujours ce chiffre, et il serait bon de prévoir la possibilité de choisir, pour ces petits hôpitaux, entre créer leur propre officine de pharmacie, ou utiliser l'officine du bourg, pour la délivrance des médicaments.

Il n'est pas prévu de laboratoire et les Hôpitaux Ruraux sont autorisés à traiter avec des laboratoires privés de la localité, ou avec le laboratoire de leur hôpital de rattachement. La seconde formule est la plus fréquente car les laboratoires privés sont rarement installés dans de petites localités, et, d'autre part, certaines caisses de Sécurité Sociale tendraient à obliger certains hôpitaux ruraux à utiliser le laboratoire hospitalier voisin.

La présence d'un pharmacien gérant, dans le cas où il serait titulaire d'un diplôme de biologie médicale, permettrait de

pratiquer à l'Hôpital Rural certaines analyses courantes :

- numération formule sanguine,
- hématocrite,
- groupe sanguin,
- dosage d'urée et de glycémie,
- recherche de sucre et d'albumine dans les urines,

ce qui permettrait d'obtenir plus rapidement des résultats avec des frais d'équipement modérés. Il n'est évidemment pas question de créer à l'Hôpital Rural un véritable laboratoire médical ; mais le genre d'analyses biologiques élémentaires, aisément pratiquées à l'officine de pharmacie du village, et dont en pratique médicale on a un besoin quotidien, devraient pouvoir être effectuées à l'Hôpital Rural. Cet usage améliorerait sûrement la rentabilité de l'officine "pharmacie laboratoire" et faciliterait souvent l'exercice médical en diminuant les délais de réponse aux examens demandés.

VI - AUXILIAIRES MEDICAUX.

Les critiques concernant les auxiliaires médicaux ne mettent pas en question les principes de l'Hôpital Rural mais rejoignent les graves problèmes que posent les Auxiliaires Médicaux en France.

Nous nous attacherons à exposer ici les raisons qui font que ce problème est encore plus difficile à résoudre dans le cas qui nous intéresse : celui de l'Hôpital Rural.

On est bien obligé de constater que la pénurie générale d'auxiliaires médicaux est, à l'Hôpital Rural, encore plus aigue. Quelques hôpitaux ruraux ne possèdent même pas une infirmière diplômée, d'autres plus nombreux, en ont une seule pour tout l'établissement et encore faut-il tenir compte de l'ancienneté du diplôme rendant parfois caduque la formation qui a été donnée. Il est certain que les conditions de travail

ne sont pas aussi intéressantes que dans les Centres Hospitaliers urbains, les salaires sont encore moindres, les avantages sociaux également. La vie à la campagne tente peu les jeunes infirmières au sortir de l'école et beaucoup préfèrent une médecine plus technique, plus complexe que celle pratiquée à l'Hôpital Rural, le malade de l'Hôpital Rural ayant surtout besoin de nursing et de petits soins, travail souvent bien ingrat.

Par contre les médecins laissent à l'infirmière beaucoup plus de liberté dans l'organisation de son travail et nous avons vu que son rôle de surveillance est très important dans cet hôpital où il n'y a de personnel médical qu'épisodiquement. Le sentiment de liberté et de responsabilité pourra plaire à certaines et venir balancer les nombreux inconvénients dont nous avons parlé. Enfin cette infirmière sera secondée par un personnel d'aides soignantes, en général très stable puisque de recrutement local. Ce personnel pourra être formé, et, à la longue, le médecin aussi bien que l'infirmière pourra réellement se décharger de diverses tâches sur ces auxiliaires, avec une certaine sécurité.

La pénurie signalée pour les infirmières est tout aussi grande pour les kinésithérapeutes et les assistantes sociales, et pourtant leur présence est tout aussi nécessaire. La kinésithérapie est le complément indispensable d'un nursing correct, et l'Aide Sociale est indispensable pour résoudre les nombreux problèmes matériels que pose l'hospitalisation des ruraux aux conditions d'existence difficiles. Nous pensons même, selon une idée que nous développerons ultérieurement, que les Assistantes Sociales et les infirmières devront avoir un rôle dépassant le cadre de l'Hôpital Rural et qui, sous forme d'antennes médico-sociales, s'étendra effectivement à toutes les localités de la circonscription.

VII - CONSULTATION DE SPECIALISTES.

L'appel en consultation particulière, par le médecin traitant, d'un médecin spécialiste, ne figurant pas sur la liste des médecins agréés, est autorisé à l'Hôpital Rural. La consultation est payée directement au spécialiste sur la base du tarif de clientèle et remboursée par la Sécurité Sociale sur la même base.

Ce système apparaît insuffisant dans la pratique quotidienne de la médecine rurale. La venue régulière de certains spécialistes : cardiologues, neurologues, psychiatres, C.R.L., ophtalmologistes par exemple, serait souhaitable. En effet, en dehors des cas où s'impose l'appel en consultation d'un spécialiste, il est fréquent que le médecin rural ait envie de recourir à un avis plus spécialisé, à un conseil thérapeutique, à une façon différente d'envisager une affection. C'est un des grands intérêts de la pratique médicale hospitalière et de certains cabinets de groupes, et nous pensons que la présence régulière de certains spécialistes apporterait aux généralistes exerçant à l'Hôpital Rural, l'agrément et la sécurité qu'ils pourraient trouver, à une échelle différente, en exerçant dans un Hôpital d'une autre catégorie. C'est en ce sens que nous pensons souhaitable la création de consultations régulières de spécialistes à l'Hôpital Rural. La rémunération de ces spécialistes pourrait être calquée sur celle des généralistes avec le C.S. comme base. Dans le cas où plusieurs praticiens d'une même spécialité exerceraient dans une même circonscription, il serait bon de prévoir d'accorder à tous l'autorisation d'exercer à l'Hôpital Rural afin de respecter le libre choix.

Il est regrettable de constater que des dispositions semblables ont été envisagées dans la circulaire du 28 Mars 1963 relative à la préparation du 5e plan d'équipement sanitaire et qu'elles n'ont pas encore vu le jour.

VIII - HONORAIRES MEDICAUX.

Le paiement à l'acte, si difficile à faire admettre par les organismes de Sécurité Sociale et qui, à l'heure actuelle, soulève toujours des discussions de principe, semble pourtant être le seul mode de rémunération équitable permettant de payer les praticiens en fonction de leur activité à l'Hôpital. Il a en outre l'avantage psychologique de donner au praticien l'impression qu'il ne se trouve pas lésé financièrement en soignant ses malades à l'Hôpital Rural. Or ceci est très important car l'Hôpital Rural n'aura un fonctionnement satisfaisant que si les praticiens y participent activement en y faisant admettre tous leurs malades victimes d'une affection sérieuse.

Il est bien regrettable alors, que certaines injustices persistent dans la législation financière de cet hôpital. Il existe par exemple une différence considérable entre les tarifs des régimes de Sécurité Sociale et ceux de l'Aide Médicale Gratuite. L'un est basé sur 85 % du C et 90 % du forfait d'accouchement du barème de la Sécurité Sociale, l'autre sur 50 % du C et 60 % du forfait d'accouchement du barème de l'Aide Médicale Gratuite pourtant déjà inférieur. Il y a donc pour un travail et une responsabilité identiques une base de rémunération non seulement différente par le barème mais encore par le pourcentage prélevé sur ce barème. Autant le praticien accepte les deux retenues de 5 % destinées aux frais de l'hôpital, autant le choque le principe de cette retenue importante sur le barème habituel, et surtout la différence notoire existant entre la rémunération des soins qu'il prodigue.

Le second problème est posé par les indemnités que prévoit le barème général en cas de visite de nuit, visite de dimanche ou de jour férié. Ces indemnités ne sont pas prévues à l'Hôpital Rural.

Enfin et surtout l'indemnité kilométrique n'est pas prévue dans la rémunération des médecins. C'est peut-être là l'erreur la plus lourde qui a été commise en cette matière. Elle crée en effet une inégalité entre les médecins de la circonscription, favorisant les médecins résidant dans la localité de l'hôpital, au détriment de ceux ayant leur cabinet à plusieurs kilomètres de là. Il est certain que ces derniers ont tendance à se désintéresser de l'Hôpital Rural qui manque alors à sa vocation.

IX - LES LOCAUX.

Avant de clore le chapitre des critiques nous ne pouvons pas manquer d'évoquer le problème des locaux dont la vétusté et le délabrement sont incontestablement le plus grand handicap au développement harmonieux de l'hospitalisation en milieu rural.

Les efforts actuels d'équipement et de modernisation de nos grands centres hospitaliers n'ont pas encore rejailli sur l'Hôpital Rural. Ses statuts ont changé, lui permettant peut-être de fonctionner d'une manière rentable, mais les dépenses qu'entraîne sa modernisation restent sûrement hors de la portée des communes dont il dépend.

Les besoins, si l'on se réfère à la circulaire n° 7617 du 20 Février 1964 sont de :

- 3 lits pour 1.000 habitants pour les services de médecine et de pédiatrie,
- 0,6 lits pour 1.000 habitants en maternité,
- 0,6 lits pour 1.000 habitants pour les services de chroniques et de convalescents.

Si l'on admet, compte tenu du recensement de 1962 et de l'exode important des ruraux, que la population rurale de la France

(celle demeurant dans des communes de moins de 5.000 habitants) est de 20 millions, on peut donc admettre qu'il faut, pour satisfaire les besoins ruraux et compte tenu des malades dont l'affection nécessite une hospitalisation dans un centre plus important, 40.000 lits de médecine et pédiatrie, 10.000 lits de maternité, 12.000 lits de convalescents et chroniques, les lits devant être répartis dans environ 1.500 hôpitaux. L'image de l'Hôpital Rural type, que nous avons évoqué précédemment, est donc appelée à se modifier sensiblement : il aurait 25 à 30 lits de médecine, 7 lits de maternité, 8 lits de convalescents et chroniques. Il devrait couvrir une circonscription de 300 km² environ, peuplée de 13.500 habitants en moyenne et comprenant 6 à 7 médecins.

Nous possédons actuellement en France 352 hôpitaux ruraux comptant au total 10.300 lits. Parmi ces lits disponibles les 3/4 nécessitent une modernisation importante que l'on peut chiffrer entre 15.000 et 20.000 Francs par lit. Il reste à construire 50.000 lits. Le prix de revient du lit dans de tels établissements est de l'ordre de 40.000 Francs. L'équipement hospitalier rural représente des investissements importants, de l'ordre de deux Milliards de Francs.

Mais en comblant les lacunes existant au premier stade du circuit de l'hospitalisation on permet le " désembouteillage " des centres plus importants qui peuvent ainsi plus facilement répondre à leur vocation, celle d'une médecine de plus en plus complexe et spécialisée au fur et à mesure que l'on progresse dans l'échelle hospitalière. La société a tout à gagner à cette adaptation : l'hospitalisation d'affections non compliquées pouvant s'effectuer dans des conditions plus agréables et surtout plus économiques à l'Hôpital Rural que dans les centres hospitaliers où le prix de journée est considérablement plus élevé.

C'est pourquoi nous estimons que les Pouvoirs Publics devraient, en même temps qu'ils modernisent nos grands hôpitaux,

songer à l'équipement hospitalier de base que représentent les Hôpitaux Ruraux en leur attribuant une partie décente du budget d'équipement hospitalier.

Néanmoins, la charge reste lourde, et c'est en cherchant les moyens de l'alléger que nous avons abordé les problèmes que pose la préfabrication dans la construction et tenter d'étudier ses possibilités d'adaptation à la construction des hôpitaux de petite capacité du genre Hôpital Rural.

Avant tout il nous paraît utile de rapporter ici quelques données générales sur la préfabrication dans le bâtiment pour en apprécier par la suite l'intérêt dans le domaine de l'Hôpital Rural.

1) Données générales sur la préfabrication dans le bâtiment.

La préfabrication se rattache à l'idée plus générale d'industrialisation du bâtiment. Elle est une manière de profiter des méthodes industrielles dans le bâtiment mais elle n'est pas la seule. Elle est à première vue la plus séduisante et en même temps la plus facile à comprendre : on assimile le bâtiment à un produit industriel courant.

En usine, les éléments constitutifs du bâtiment sont fabriqués dans les plus grandes dimensions possibles pour réduire au maximum le temps de montage sur le chantier. Certains systèmes actuels arrivent à un rendement: temps de fabrication / temps de montage sur le chantier de 90 à 95 %. Aussi cette idée de préfabrication s'impose-t-elle chaque jour davantage. Mais elle n'a pas opéré jusqu'ici le " break-through " que l'on pouvait espérer et que le produit industriel courant a réalisé depuis un siècle. Analysons les obstacles rencontrés. Le cycle : fabrication, transport, montage du bâtiment préfabriqué, est

très proche du cycle : fabrication, transport, consommation du produit industriel courant. Toute la différence vient d'une répartition quantitative entre les deux premières phases du cycle.

a) Pour le produit industriel courant la fabrication est chère, le transport ne l'est pas, ce qui permet de transporter loin et de disposer pour ces produits d'un marché très large.

b) Pour le bâtiment préfabriqué, la fabrication est peu chère mais le poids du produit est tellement élevé que le transport devient prohibitif au-delà d'un rayon de quelques dizaines de kilomètres. De cette manière s'explique que le rayon d'action d'une usine de préfabrication d'ouvrages en béton ne dépasse pas 50 Km.

Comment dans ces conditions disposer d'un marché véritable et répandre à travers la France 5 ou 600 Hôpitaux Ruraux par exemple ? On peut envisager deux solutions :

- soit attendre une révolution dans les transports bon marché sur longue distance, sans rupture de charge, ce qui ne semble pas près de se faire. Rappelons cependant qu'une semblable révolution s'est faite dans le transport par mer des minerais) et qu'elle est en train de se réaliser pour les marchandises diverses avec des bateaux permettant un transport sans rupture de charge.

- soit fabriquer des bâtiments légers. En réalité un grand effort est fait dans ce sens mais il n'a pas encore donné pour l'instant de réponse vraiment satisfaisante, et cela pour deux raisons essentielles :

1 - D'une part, les matériaux "légers" susceptibles d'être utilisés dans le bâtiment : acier, plastique, panneaux divers, sont beaucoup plus chers que les matériaux lourds tel le béton, et de ce fait,

même industrialisés, difficilement compétitifs avec les matériaux traditionnels.

2 - D'autre part, et cette raison est à elle seule déterminante, ces matériaux légers n'ont pas, et sans doute pour longtemps, les qualités d'isolation et d'inertie qu'on trouve si facilement dans le béton.

Peut-être une amélioration dans le transport des éléments et dans la légèreté des bâtiments commencera-t-elle à donner un début de réponse satisfaisante, et permettra-t-elle une compétition très nette par rapport au traditionnel. On pourra espérer à ce moment-là obtenir plus rapidement une amélioration de la qualité du bâtiment préfabriqué et atteindre un rapport prix / qualité absolument inconnu aujourd'hui dans le bâtiment (mais courant dans l'automobile par exemple).

Une manière originale de concilier dans une certaine mesure la préfabrication légère et les qualités du bâtiment lourd serait de trouver le poids sur le lieu de montage. Les éléments préfabriqués seraient conçus creux, donc légers, et une fois mis en place seraient chargés par du tout venant, sable ou terre, auquel le bâtiment emprunterait l'inertie et l'isolation indispensables. Ce procédé exclut évidemment les bâtiments élevés.

Lorsqu'on envisage la destination d'une construction, les perspectives varient selon qu'il s'agit de logements ou de bâtiments plus spécialisés : écoles, bureaux, hôpitaux par exemple. Ces diverses catégories diffèrent entre autres par le rapport : prix du second oeuvre / prix du gros oeuvre ; d'une manière générale ce rapport va croissant dans les catégories citées à cause de l'augmentation de prix du second oeuvre. Celui-ci dépasse couramment 55 % du prix de revient total d'un logement ; il est bien supérieur pour les hôpitaux. Or ce qui pèse, le gros oeuvre, est responsable du transport onéreux par conséquent plus le pourcentage du second oeuvre est ... important, plus la

préfabrication devient intéressante, car l'ensemble devient transportable à des tarifs compétitifs.

2 - Les possibilités d'adaptation de la préfabrication dans
l'Hôpital Rural.

En faveur d'une préfabrication de l'Hôpital Rural on notera :

- 1 - Des programmes relativement identiques entre les différents hôpitaux ruraux. Les bâtiments peuvent être sans aucune gêne facilement standardisés et l'on peut très bien admettre que trois tailles standard recouvrent facilement l'ensemble des besoins. Par exemple hôpital de 15 lits, de 30 lits et de 45 lits.
- 2 - A l'intérieur même de chaque bâtiment on trouve la répétition d'unités identiques : le module des chambres de malades peut très bien convenir aux autres locaux de l'Hôpital Rural. Seul l'aménagement sera différent.
- 3 - Le rapport second oeuvre / gros oeuvre est ici très favorable. Toute la part mobilier, circuits divers, éléments mobiles, est évidemment plus importante que dans un local d'habitation. Il est entendu que la majeure partie du mobilier standardisé serait fourni par l'usine de préfabrication.
- 4 - La taille du bâtiment ne justifie pas une construction en hauteur, elle permet donc d'utiliser le procédé du remplissage d'éléments préfabriqués creux pour obtenir l'isolation nécessaire.

- 5 - Enfin, parmi les établissements hospitaliers, l'Hôpital Rural est celui dans lequel une économie réalisée dans la construction se répercutera au maximum sur le prix global de l'ouvrage, car la part du budget réservée à l'équipement médical proprement dit est relativement faible, l'appareillage étant peu important.

Aussi, bien qu'à l'heure actuelle l'idée de " l'Hôpital clefs en mains " n'ait pas la faveur de nos édiles, il semblerait que cette solution puisse être profitable à l'Hôpital Rural parce qu'il est un établissement hospitalier d'un type très particulier.

Par ailleurs, une étude sérieuse sur un projet d'Hôpital Rural préfabriqué ne pourra être faite que si le marché offert est assez vaste. Les besoins sont suffisants pour que l'opération soit rentable à l'échelle nationale. Mais il est alors indispensable que les Pouvoirs Publics lui apportent leur appui en favorisant les initiatives communales, en les coordonnant et en les orientant vers une telle réalisation.

-:-:-:-:-

B - INTERET ET JUSTIFICATION

DE L'HOPITAL RURAL

Tel que nous l'avons décrit, et en dépit des erreurs et des oublis qui auraient pu être évités lors de sa création, l'Hôpital Rural représente une évolution considérable dans l'amélioration de l'exercice de la médecine rurale. Il apporte, avant tout, la sécurité morale et matérielle, tant au malade qu'au médecin.

Le malade se sent mieux surveillé, placé dans une ambiance médicale l'aidant à franchir le cap difficile de la maladie. Il est déchargé des soins domestiques et amené plus facilement à oublier ses préoccupations familiales. L'isolement n'est plus une contrainte pénible mais peut être un facteur de repos et de calme. En s'effectuant près de son domicile, dans une ambiance psychologique plus favorable qu'à la ville, l'hospitalisation l'aide à vaincre la maladie et à recouvrer plus rapidement un équilibre passagèrement ébranlé.

Le médecin sait son malade surveillé constamment et d'une manière éclairée. Il connaît son personnel, ses possibilités et ses limites. Il peut être appelé judicieusement en cas d'aggravation sans avoir le sentiment de passer son temps à apaiser les inquiétudes d'une famille particulièrement anxieuse. Le traitement est administré régulièrement et selon ses ordres ; les effets en sont judicieusement suivis et remarqués. Lorsque d'aventure il doit pratiquer quelques actes de petite chirurgie ou de pratique médicale courante, il le fera dans des conditions de confort et d'asepsie toujours plus satisfaisantes qu'au domicile du malade.

Le médecin voit rapidement son efficacité thérapeutique croître, et sans qu'il ait jamais à outrepasser ses compétences

il peut étendre le champ de son activité ce qui lui évite de se cantonner dans le rôle de dépistage que la médecine moderne lui impose de plus en plus. Sans se lancer dans une aventure thérapeutique il peut traiter et suivre certaines affections que la simple prudence l'empêche de soigner à domicile. L'intérêt de son travail en est accru, et pour son client la maladie n'impose pas un exil prolongé et douloureux dans le centre hospitalier voisin.

En contre-partie, cet élargissement d'activité oblige le médecin à entretenir et à perfectionner ses connaissances. La diminution des pertes de temps pendant ses trajets de visite accroît ses périodes de liberté qu'il peut utiliser, en partie, à se perfectionner. D'autre part la fréquentation quotidienne de ses confrères crée un climat propre aux échanges, aux discussions. Les connaissances peuvent être mises en commun à propos d'un cas plus complexe ou d'une thérapeutique nouvelle.

En outre, le médecin peut suivre à l'Hôpital Rural certains de ses malades que, jusqu'alors, il devait laisser dans un lit de l'hôpital voisin. Il s'agit de tous ces malades chroniques ou convalescents d'une affection aiguë, justifiant une surveillance médicale assidue pendant plusieurs semaines, voire un traitement nécessitant un contrôle difficile à pratiquer à domicile. Ces malades encombrant les lits des centres hospitaliers mieux équipés qui les ont reçus pendant leur phase aiguë, alors que leur place est tout naturellement sous la surveillance de leur médecin traitant, dans les lits des services de chroniques ou de convalescents que peuvent avoir les hôpitaux ruraux, proches de leur domicile et de leur entourage.

L'Hôpital Rural peut et doit jouer ici un rôle important : le problème du manque de place dans les grands hôpitaux n'est pas seulement dû au sous équipement hospitalier au niveau des grands centres,

mais également à une mauvaise utilisation de l'équipement existant. L'Hôpital Rural ne peut cependant apporter son concours à la solution de ce problème, en déchargeant les Centres Hospitaliers de certains malades, que si lui-même dispose de lits en nombre suffisant. Or un lit d'Hôpital Rural a un prix de revient bien inférieur à celui d'un lit de centre hospitalier. Mais ce rôle, l'Hôpital Rural ne peut le tenir qu'à la condition d'avoir des lits disponibles. Il ne peut décharger les hôpitaux de certains malades qu'à la condition de ne pas être lui-même encombré, c'est-à-dire que le nombre de lits disponible pour l'hospitalisation rurale soit suffisant.

Il est difficile dans ces conditions, de comprendre le manque d'intérêt dont est victime aujourd'hui l'Hôpital Rural. Après avoir été le cheval de bataille du Ministère de la Santé Publique au cours des années 60, il paraît être tombé dans l'oubli. Les Caisses de Sécurité Sociale n'ont pas vu avec faveur l'accès de la médecine libérale et l'introduction du paiement à l'acte au sein d'un établissement hospitalier public.

Ses adversaires se fondent sur certains abus constatés dans son fonctionnement médical et financier. Ces abus existent certes, mais ne sont pas aussi fréquents que l'on veut bien le laisser entendre et ne paraissent pas devoir mettre en cause le principe du paiement à l'acte qui se trouve ici concerné. Un des reproches les plus fréquents touche quelques médecins qui déclareraient faussement ou abusivement certaines de leurs visites à leurs malades, sans qu'un contrôle réel soit possible. Les fausses déclarations sont évidemment condamnables, mais l'appréciation des abus doit être faite avec circonspection. La nécessité, l'expérience et la coutume veulent que les médecins hospitaliers effectuent une visite quotidienne le matin et parfois une contre-visite le soir. Tous les malades sont vus, même ceux dont l'état clinique est satisfaisant.

On trouve à juste titre cette situation normale. Or les organismes de Sécurité Sociale estiment que le médecin rural doit, lui, régler ses visites sur l'état de santé de ses malades, et que l'état de certains de ceux-ci, ne nécessite pas plus de deux ou trois visites par semaine. Puisqu'il est payé à l'acte, il est certes logique que sa visite soit justifiée. Mais taxer d'abus ce qui n'est souvent qu'un acte de prudence dicté par l'expérience nous paraît délicat. Il peut en effet y avoir des variations brutales de l'état de santé d'un malade. Le personnel infirmier est évidemment là en permanence et devrait pouvoir apprécier une modification et appeler le médecin, mais c'est alors confier aux auxiliaires médicaux une responsabilité assez lourde, d'ordre médical, qui de toute façon ne sera pas reconnue en justice et incombera en définitive au médecin. De plus nous avons déjà évoqué la pénurie et parfois le manque de compétence des auxiliaires du médecin, à l'Hôpital Rural ; ce qui incite le médecin à assurer lui-même une surveillance régulière et fréquente des malades qu'il hospitalise. Quelques rares cas peuvent se présenter où, effectivement, l'état du malade ne semble pas justifier une visite médicale quotidienne, mais ce sont alors, le plus souvent, des malades à faire admettre dans la section convalescents ou chroniques, donc soumis à un système de surveillance médicale différent, et identique à celui de la section hospice.

La seconde critique qui est faite au système de paiement à l'acte est de grèver considérablement les prix de journée de l'Hôpital Rural. Or nous avons vu que nous pouvons considérer un prix de 25 F comme prix de journée moyen de l'Hôpital Rural en service de médecine. Si l'on ajoute à cela une visite quotidienne payée selon les tarifs indiqués, c'est-à-dire 85 % de 12 F = 10,20 F, nous arrivons à un prix global d'hospitalisation de 35 F par jour qui reste, de toute manière, très inférieur au prix de journée habituel des hôpitaux ou centres hospitaliers.

Dès lors il nous est difficile de ne pas voir dans ces critiques fréquentes et peu fondées, faites par certains organismes payeurs aux Hôpitaux Ruraux, une attitude traduisant une opposition systématique au principe des Hôpitaux Ruraux ainsi qu'à leur développement et à leur multiplication, indispensable cependant si l'on veut mettre en place en France, un équipement sanitaire rationnel, équilibré, efficace et réalisé au moindre coût.

Conclusion :

Nous espérons avoir pu donner dans ces quelques pages une idée suffisamment claire et précise de ce qu'est et devrait être l'Hôpital Rural. Après avoir regroupé les différents textes concernant ses statuts, nous nous sommes efforcé d'en faire l'étude critique, en analysant les lacunes existant dans son fonctionnement et en essayant de mettre en relief le grand intérêt que présente pour la médecine rurale et pour l'équipement sanitaire général du territoire ce nouveau type d'Hôpital.

Nous avons eu à maintes reprises l'occasion de dire notre enthousiasme devant cette réalisation, et notre déception de voir tomber cette intéressante création dans un semblant d'oubli de la part des autorités de tutelle. Aussi avons-nous été amené à nous poser la question suivante : l'Hôpital Rural n'a-t-il pas apporté, au cours de ses premières années de fonctionnement, toutes les satisfactions que l'on était en droit d'en attendre et faut-il conclure à un échec ?

Il est vrai que le Ministère de la Santé Publique, conscient d'avoir fait un gros effort dans le sens d'une évolution telle que la concevaient les médecins ruraux, a pu être quelque peu irrité des incessantes récriminations qu'il pouvait recevoir tant des médecins intéressés, toujours insatisfaits, que des organismes payeurs souvent prêts à dénigrer " cet oiseau mal couvé ". Les médecins ont tendance à penser qu'ils n'ont été suivis que partiellement, n'ayant obtenu qu'un instrument de travail auquel il manquerait quelques rouages pour être utilisé efficacement et agréablement ; et le manque d'intérêt qu'ils ont parfois manifesté a pu venir de l'impression qu'ils n'obtiendraient jamais gain de cause.

Les organismes payeurs auraient meilleure part à faire un calcul honnête des économies importantes que permettent de réaliser les Hôpitaux Ruraux, si on se décide enfin, au sein d'un plan d'équipement sanitaire global, à leur donner la place et le développement dont nous avons parlé.

Il est grand temps de songer à ce développement et de lui donner toutes chances de réussir, car nous pensons que même amélioré comme nous l'avons suggéré, cet Hôpital Rural ne reste qu'une étape, étape indispensable, qu'il est urgent d'atteindre pour pouvoir, enfin, la dépasser.

L'Hôpital Rural ne doit pas, en effet, se contenter d'être un centre d'hébergement pour les malades ruraux. L'hospitalisation n'est que le premier stade dans l'évolution de la médecine rurale. Par la suite il sera indispensable de permettre à cet hôpital de jouer un rôle de diagnostic.

L'Hôpital Rural, nous l'avons vu, comprend certains équipements techniques, tel un laboratoire élémentaire, un poste de radiodiagnostic simple, un électrocardiographe. Cet appareillage est onéreux, la seule clientèle de l'Hôpital Rural, parfois limitée à 20 lits, risque de ne pas l'amortir, et surtout de ne pas permettre son renouvellement et sa modernisation aussi souvent que nécessaire.

D'autre part, les médecins ruraux hésitent fréquemment à investir des sommes importantes dans un tel équipement pour leur cabinet. Il serait donc logique, moyennant quelques accommodements financiers, que les médecins puissent utiliser les installations de l'Hôpital Rural pour leur clientèle privée. Cette solution aurait l'avantage de favoriser aussi bien le malade, qui bénéficierait d'un examen médical plus complet, que le médecin qui ne serait pas obligé de s'endetter trop lourdement par l'achat de l'équipement rendu nécessaire par la pratique de la médecine moderne. Enfin l'Hôpital Rural y trouverait quelques revenus qui ne nuiraient sûrement pas à son équilibre financier.

On doit donc envisager une deuxième étape dans l'évolution de la médecine rurale, où le médecin serait autorisé à utiliser l'équipement de l'Hôpital Rural à l'usage de sa clientèle privée. Cela conduirait vraisemblablement les médecins ruraux à installer leur cabinet à proximité de l'Hôpital Rural, voir dans un local que l'Hôpital pourrait leur louer. Nous n'ignorons pas les problèmes administratifs et juridiques que peut soulever une telle situation ; mais l'avenir nous paraissant dans cette voie, et les rapports que nous avons eus avec l'association de Médecine rurale lors de son dernier congrès nous ayant confirmé dans cette opinion, nous pensons que ces difficultés peuvent et doivent être surmontés. Les

contacts étroits et fréquents qui ne manqueraient pas de se créer entre les praticiens intéressés, amèneraient très rapidement la création de cabinets de groupe ruraux par association de tous les praticiens utilisant les appareils de diagnostic d'un même Hôpital Rural. Ces cabinets auraient l'usage des appareils de diagnostic que leur louerait l'Hôpital Rural selon un pourcentage prélevé sur chaque acte pratiqué. Un secrétariat s'occuperait de la correspondance et de la mise à jour des dossiers de consultation et ferait office de standard en prenant les rendez-vous et les visites. L'organisation des gardes pourrait se faire aisément. Le service médical de la circonscription serait groupé autour de l'Hôpital Rural. Les villageois sauraient, en cas d'urgence, qu'ils peuvent toujours trouver un médecin à moins d'un quart d'heure de voiture de chez eux. Le médecin rural trouverait, enfin, dans ce système, une organisation de vie normale avec des périodes de loisir et de repos dont il pourrait librement disposer. Ses frais d'installation seraient des plus réduits tout en lui donnant des conditions de travail infiniment supérieures à celles qu'il peut trouver à l'heure actuelle dans son propre cabinet. Enfin ses frais professionnels seraient en partie partagés avec ses confrères, notamment en ce qui concerne les frais de secrétariat.

Le fonctionnement correct de telles associations qui doivent pouvoir être mises en place en respectant la législation actuelle, et les avantages certains que pourraient en tirer aussi bien la population rurale que l'administration et les médecins, permettrait d'envisager enfin ce que nous estimons devoir être l'aboutissement de la pratique médicale et de l'organisation sanitaire rurale : le Centre Sanitaire Rural. Le législateur envisagerait plus volontiers la réforme des statuts des Hôpitaux Ruraux, permettant l'intégration

de cabinets privés au sein d'un Hôpital Public, si l'expérience montrait qu'un système voisin dans l'utilisation pratique bien que reposant sur des bases légales différentes, fonctionne déjà, en donnant satisfaction à tous.

Essayons de définir ce que doit être le Centre Sanitaire Rural :

Le Centre Sanitaire Rural prendra en charge les problèmes de la communauté rurale sur le plan de la santé physique aussi bien que mentale, tout en conciliant le respect de la personne du malade, celui de la communauté, ainsi que la sauvegarde de l'indépendance et de la dignité du praticien et du personnel collaborant avec lui.

- Par respect de la personne du malade nous entendons :

- 1 - son droit à des soins de qualité, et à une attentive considération de la part du médecin.
- 2 - la possibilité de se confier au médecin de son choix.
- 3 - le respect du secret professionnel.

- Le respect de la communauté implique la notion d'un service public donnant en permanence une possibilité de soins efficaces et rapides, tout en restant le moins onéreux possible, tant sur le plan personnel que sur le plan communautaire.

- Enfin la sauvegarde de l'indépendance et de la dignité du praticien sous-entend sa liberté d'installation, de prescription, et d'exercice, la possibilité d'un perfectionnement professionnel, d'une vie personnelle, familiale et civique, où le repos, la culture et les loisirs auraient leur place, tout en lui laissant un niveau de vie légitime, par une rémunération honorable, couvrant sa sécurité personnelle et familiale.

Le centre sanitaire, ainsi défini, se compose essentiellement de trois groupes de locaux, pouvant être réunis sur le plan architectural, mais qu'il est préférable d'isoler sur le plan descriptif :

1 - des locaux d'hébergement et de traitement comprenant :

a) un service d'hospitalisation de 20 à 40 lits en moyenne, fonctionnant sous le régime de l'Hôpital Rural actuel, avec une section de médecine générale et pédiatrie et une section maternité.

b) un service de malades convalescents ou chroniques de 10 lits en moyenne, fonctionnant de préférence sous le régime de l'Hôpital Rural alors qu'actuellement son régime est celui de l'hospice.

c) un centre d'hébergement des vieillards ou une maison de retraite pouvant fonctionner sous le régime actuel de l'hospice, mais qu'il serait préférable d'assimiler au régime de l'Hôpital Rural.

2 - des locaux de diagnostic et de soins externes comprenant :

a) le cabinet médical privé de chacun des médecins de la circonscription avec salle d'attente particulière ou groupée.

b) un cabinet mis à la disposition des spécialistes venant consulter régulièrement.

c) un service dispensaire regroupant la consultation de Protection Maternelle et Infantile, le service de vaccination, la consultation de Planning familial, et les locaux permettant d'assurer une préparation à l'accouchement psycho-prophylactique.

d) un local de radiodiagnostic comprenant au moins un poste de scopie et graphie auquel on ajoutera un poste de scopie s'il y a plus de trois médecins dans le Centre.

e) une salle de petite chirurgie permettant de pratiquer les actes autorisés.

f) un laboratoire médical pour la pratique des examens paracliniques élémentaires précédemment cités et mis à la disposition des malades hospitalisés et des consultants externes.

g) On pourrait envisager, tout en conservant à cette Officine un régime libéral, cette mesure n'ayant pour objet que de regrouper en un même lieu tout ce qui touche au domaine de la Santé, un bureau d'Aide Sociale où siègeraient les assistantes sociales de la circonscription.

h) enfin un secrétariat médical à la disposition de tous les médecins et assurant les permanences téléphoniques, le cahier des rendez-vous et des visites, le classement des dossiers, la correspondance.

3 - des locaux administratifs et communautaires.

a) le bureau du Directeur Econome.

b) le secrétariat comptabilité.

c) les communs : cuisines, office, chaufferie, ateliers et garage.

d) les vestiaires et salles à manger du personnel.

e) les locaux d'hébergement du personnel.

La circonscription de ce centre sanitaire serait établie sur des bases d' " éloignement - temps " semblables à celles que nous avons proposées pour l'Hôpital Rural.

D'autre part, l'action de ce centre sanitaire pourrait se prolonger dans les différents villages de la circonscription par des "antennes médico-sociales", s'apparentant à nos dispensaires actuels, où le villageois pourrait trouver en permanence une infirmière pouvant pratiquer certains petits soins, tels les injections intra-musculaires ou intra-veineuses des médicaments prescrits, ou le changement de pansements selon un avis médical. Dans cette antenne, une fois par semaine, un médecin assurerait les services de P.M.I. et de vaccination. Enfin l'Assistante Sociale pourrait également y établir une permanence une ou plusieurs fois par semaine.

Il est bien évident que de telles réalisations ne peuvent se faire du jour au lendemain. Une certaine évolution est nécessaire ; c'est la raison pour laquelle ne peut être pris en considération l'échec des quelques expériences partielles déjà tentées dans ce sens. Ni la population, ni souvent les médecins ruraux, ne sont encore prêts à cette nouvelle pratique médicale. Cet objectif ne peut être atteint que par étapes, l'Hôpital Rural en est une, le Centre Sanitaire en est l'aboutissement. Les esprits doivent se former peu à peu à cette notion.

Non seulement les esprits doivent évoluer, mais encore les structures actuelles du monde rural doivent tendre vers un regroupement analogue. La circonscription sanitaire devrait s'identifier à la circonscription administrative, et le " village - centre ", très en faveur dans les récentes études économiques, serait effectivement le centre administratif, juridique, économique et sanitaire de la région.

Mais, dans cette évolution, il appartient aux médecins de forger eux-mêmes leur avenir. C'est à eux de prendre conscience des nécessités et du sens qu'ils veulent donner à cette évolution.

Comme nous l'avons indiqué, l'organisation des Cabinets de Groupe mitoyens de l'Hôpital Rural est un des moyens qui pourra permettre la transformation progressive de l'Hôpital Rural en Centre Sanitaire Rural. Ce sont les médecins eux-mêmes qui doivent orienter dans ce sens l'organisation de la Médecine Rurale.

Nous espérons que nombreux seront ceux qui le comprendront et agiront en conséquence. Nous avons exposé ce que nous pensons être le meilleur choix, tant pour l'exercice de la médecine rurale que pour la santé et l'équilibre de la population rurale, et nous osons espérer que l'avenir nous donnera raison.

$\frac{1}{2} - \frac{1}{2} = \frac{0}{2}$

CONCLUSIONS

- 1) L'Hôpital Rural est une création originale permettant l'exercice de la médecine libérale au sein d'un établissement de soins publics.
 - 2) L'Hôpital Rural a l'avantage de rendre plus facile et plus humaine l'hospitalisation des ruraux.
 - 3) L'Hôpital Rural doit être un établissement de soins de petite taille dont l'équipement s'apparente à celui d'un cabinet de praticien.
 - 4) Mais il donne des possibilités de surveillance et de soins bien supérieures à ce qui pourrait être obtenu à domicile.
 - 5) L'Hôpital Rural doit constituer l'unité sanitaire des villages-centres actuellement préconisés pour la rénovation des campagnes.
-

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES OFFICIELS RELATIFS AUX HOPITAUX RURAUX

-:-:-:-:-

- | | | |
|------------------------|---------------------|---|
| 1° - Décret n° 58-1202 | du 11 décembre 1958 | (JO 12.12.58) Relatif à la création des Hôpitaux Ruraux. |
| 2° - Circulaire | du 5 février 1959 | Relative à la création des Hôpitaux Ruraux. |
| 3° - Décret n° 59-957 | du 3 août 1959 | (JO 5.8.60) modifié par le |
| 4° - Décret n° 60-498 | du 23 mai 1960 | (JO 29.5.60) relatif au classement des Hôpitaux Ruraux |
| 5° - Décret n° 60-499 | du 23 mai 1960 | (JO 29.5.60) |
| 6° - Décret n° 60-654 | du 6 juillet 1960 | (JO 7.7.60) relatif aux conditions particulières d'organisation et de fonctionnement des Hôpitaux Ruraux. |
| 7° - Arrêté | du 16 août 1960 | (JO 30.8.60) relatif à la limitation des actes. |
| 8° - Circulaire | du 31 juillet 1961 | (JO non parue) relative à l'application du décret du 6 Juillet 1960. |
| 9° - Arrêté | du 3 janvier 1962 | (JO 19.1.62) complétant la liste des Hôpitaux Ruraux. |
| 10° - Circulaire | du 21 août 1962 | (JO non parue) relative à la composition des commissions administratives des Hôpitaux Ruraux et des Hospices. |
| 11° - Arrêté | du 11 décembre 1962 | (JO 25.12.62) modifiant la liste des actes autorisés. |

12° - Circulaire	du 13 août	1963	(JO non parue) sur la justification auprès de la S.S. des soins délivrés dans les Hôpitaux Ruraux.
13° - Arrêté	du 1er octobre	1964	(JO 10.10.64) relatif aux interventions qui peuvent être effectuées par les médecins et Sages-femmes des Hôpitaux Ruraux.
14° - Arrêté	du 11 juillet	1967	(JO 9.2.67) complétant la liste des Hôpitaux Ruraux.

-:-:-:-:-

- Textes relatifs à la coordination des Etablissements de soins comportant hospitalisation :

Fascicule n° 1236 du J.O. paru en 1965.

- Circulaire du 20 février 1964 non parue au J.O. relative aux nouvelles directives pour l'élaboration des rapports présentés devant les commissions de coordination.

-:-:-:-:-

QUESTIONS POSEES A L'ASSEMBLEE NATIONALE OU AU SENAT RELATIVES AUX HOPITAUX RURAUX

-:-

A.N. n° 8655	parue au J.O. le 25.3.61	Question posée par Mr ROUSSEAU relative à la date de mise en fonction des Hôpitaux Ruraux.
A.N. n° 13579	parue au J.O.A. le 10.2.62	Question posée par Mr DAVOUT relative à la limite d'âge dans les Hôpitaux Ruraux.
Sénat n° 2686	parue au J.O.S. le 29.6.62	Question posée par Mr BRAYARD relative à la nomination du Médecin-Responsable.
A.N. n° 16021	parue au J.O.A. Mle 11.3.62	Question posée par Mr KUNTZ relative aux actes de radiodiagnostic dans les Hôpitaux Ruraux.
Sénat n° 3089	parue au J.O.S. le 25.1.63	Question posée par Mr PARISOT relative au maintien des consultations externes dans les Hôpitaux Ruraux.
A.N. n° 8381	parue au J.O.A. Mle 13.5.64	Question posée par Mr DENVERS relative à la prise en charge de la préparation des accouchements prophylactiques.

-:-:-:-:-

BIBLIOGRAPHIE

- AMASSE M. - " Le fonctionnement actuel des Hôpitaux Ruraux "(XIIe c. national, Arcachon, 31 Mai, 1er, 2 et 3 juin 1962).
Concours Méd., 29 sept. 1962, n° 39, 5081-5088.
- ARSONNEAU P. - " Le fonctionnement des Hôpitaux Ruraux ". 1961
C.M. n° 4 p. 369.
- ARSONNEAU P. - " Naissance des Hôpitaux Ruraux ". 4 mai 1961. C.M.
n° 21 p. 3085.
- ARSONNEAU P. - " Hôpital Rural et médecine de groupe : (XIIIe congrès national, Auxerre, 14, 15 et 16 juin 1963). - C.M.
27 juillet 1963 n° 30 - 4523-4526.
- ARSONNEAU P. - " Vicissitudes des Hôpitaux Ruraux " C.M. 11.1.64 n° 2
p 279-282.
- ARSONNEAU P. - " L'Hôpital du Praticien " C.M. 1965 n° 14 - P.2311.
- BORIE L. " " Fonctionnement des services de médecine dans les
Hôpitaux Ruraux ". C.M. 12.4.58 n° 15 - p. 1851-1852.
- BORIE L. " Les médecins ruraux sont-ils des infirmiers de pre-
mière classe ". C.M. 14 sept. 1960 - n° 39 p. 4313.
- BORIE L. " Commentaires sur l'Hôpital Rural ".
C.M. 5.11.60 n° 45 - p. 5149-5158.
- BORIE L. Lettre à la Direction du Journal sur le Nouveau Statut
des Hôpitaux Ruraux et réponse du Docteur BORIE.
C.M. 28.3.59 - p. 1509-1510.
- BUI-DANG-HA-DOAN Jean. - " Les Médecins Ruraux ".
Concours Médical. 17.7.65 p. 4733-4737.
- CARRIE J. " Peut-on associer les médecins praticiens aux services
hospitaliers. C.M. 17.8.57 - p. 3709.
- CHALOPIN D. Question posée par un parlementaire demandant que soit
défini un statut de clinique ouverte. J.O. du 28 oct. 1965.
Presse Médicale - 20 novembre 1965 - p. 781.
- GAMARD R. " Problèmes médico-sociaux hospitaliers en milieu rural".
GAZ. méd. France, 25 fév. 1964 n° 4, p. 701-704.

- JOLLY M. " Les hôpitaux ruraux ". Revue hospitalière déc. 1961 p. 963-970.
- LEBRUN M. XI^e congrès national (Chamonix 9 - 11 juin 1961). "Un problème d'aménagement des centres sanitaires ruraux : liaisons avec les hôpitaux urbains. Rapports avec les spécialistes". C.M. 21 oct. 1961, n° 42, 5217-5224.
- MIGNON J. " Peut-on associer les médecins praticiens aux services publics hospitaliers ". C.M. 22.6.1957 p. 3077-3080.
- MIGNON J. " L'Hôpital Rural ". C.M. n° 31 30.7.60 - p. 3749-3756.
- MIGNON J. " Les cabinets médicaux privés dans les hôpitaux ruraux ". C.M. 27.7.63 n° 30 4526-4531.
- NARJOUX J. " L'hospitalisation en milieu rural ". C.M. 6 mars 1957 n° 18 - p. 3561-3566.
- NARJOUX J. " Plaidoyer pour l'Hôpital Rural ". XV^e congrès national Royan, 2-5 juin 1966. C.M. 24 sept. 1966, n° 39, 5623-5628.
- PASSENAUD J. " L'Hôpital Rural et le Centre Sanitaire Rural ". Technique hospitalière Janvier 1962 n° 196 - p. 31.
- PASSENAUD J. " L'Hôpital Rural ". Revue hospitalière - Avril 1963.
- " Le classement des hôpitaux ruraux et hospices publics et les hôpitaux et maternités rurales ". C.M. du 10.3.56 - n° 10 p. 11-84.
- " Les hôpitaux ruraux - la cour des comptes et les pouvoirs publics ". C.M. du 17.3.56 - p. 1303.
- " Les hôpitaux ruraux ". VI^e congrès de l'A.M.R. C.M. du 23.6.56 - n° 26. p. 3045-3046.
- " L'hôpital rural devient une réalité ". C.M. 16 sept. 1961 - n° 37 - p. 4519-4520.
- Ve plan d'équipement sanitaire (circulaire officielle) C.M. 17 août 1963 - n° 33 - p. 4679-4685.
- " A propos des centres sanitaires ruraux ". C.M. 31 mars 1962, n° 13, p. 2003-2004.
- " L'Hôpital Rural ". Doc. prof. perm. Méd. prat. (suppl. C.M. 25 mai 63, n° 21, p. 5-60.)

Vu, le Président de Thèse

G. BLANCHER

Vu, le Doyen de la Faculté

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE



